

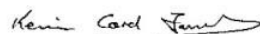
KEYS TO BIOETHICS

ITALIANO

Con il Manuale di Bioetica desideriamo offrire ai giovani di tutto il mondo uno strumento pratico e attuale per rispondere ad alcune delle domande che si annidano nella loro mente di fronte alle grandi sfide provocate dal progresso scientifico e tecnologico. Risposte chiare, semplici ma esaurienti, che possano aiutare i giovani a cogliere la verità sulla bellezza e l'unicità di ogni vita umana!

Kevin Card. Farrell

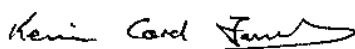
PREFETTO DEL DICASTERO PER I LAICI, LA FAMIGLIA E LA VITA



KEYS TO BIOETHICS

Con il Manuale di Bioetica desideriamo offrire ai giovani di tutto il mondo uno strumento pratico e attuale per rispondere ad alcune delle domande che si annidano nella loro mente di fronte alle grandi sfide provocate dal progresso scientifico e tecnologico. Risposte chiare, semplici ma esaurienti, che possano aiutare i giovani a cogliere la verità sulla bellezza e l'unicità di ogni vita umana!

Kevin Card. Farrell



Prefetto del Dicastero per i Laici, la Famiglia e la Vita

"A settant'anni di distanza, duole rilevare come molti diritti fondamentali siano ancor oggi violati. Primo fra tutti quello alla vita, alla libertà e alla inviolabilità di ogni persona umana. Non sono solo la guerra o la violenza che li ledono. Nel nostro tempo ci sono forme più sottili: penso anzitutto ai bambini innocenti, scartati ancor prima di nascere; non voluti talvolta solo perché malati o malformati o per l'egoismo degli adulti. Penso agli anziani, anch'essi tante volte scartati, soprattutto se malati, perché ritenuti un peso. Penso alle donne, che spesso subiscono violenze e sopraffazioni anche in seno alle proprie famiglie. Penso poi a quanti sono vittime della tratta delle persone che viola la proibizione di ogni forma di schiavitù. Quante persone, specialmente in fuga dalla povertà e dalla guerra, sono fatte oggetto di tale mercimonio perpetrato da soggetti senza scrupoli?"

(Discorso di Papa Francesco ai membri del Corpo diplomatico per gli auguri per il Nuovo Anno, 8 gennaio 2018).

INTRODUZIONE

Cosa c'è di più intimo alla vita della vita stessa? Cosa c'è di più intimo della storia dei nostri primi istanti e dei nostri ultimi momenti? Se ci mettessimo a riflettere sulla meraviglia che siamo, verremmo presi dalle vertigini. Possiamo persino trasmettere la vita che abbiamo ricevuto. Abbiamo un potere immenso! E, un giorno, questa vita passerà. La nostra e quella delle persone che amiamo. Ma come possiamo fare per non sbagliare? Fino a quanto possiamo addentrarci nel controllo della vita, con il potere che la scienza e la tecnica oggi mettono tra le nostre mani?

Per riuscire a camminare con saggezza, la Chiesa non ci lascia soli. Essa ci propone la testimonianza di persone come Jérôme Lejeune, scienziato, genetista e medico, padre di famiglia, laico impegnato al servizio della vita, che ci insegna che scienza e fede, verità e natura non sono in contraddizione. La Chiesa ci chiama a servire la vita, "poiché il livello di civiltà di un popolo si misura in base al rispetto che ha per i soggetti più deboli". Dall'istante del concepimento fino alle fasi finali della vita di ogni persona umana. Il Manuale di Bioetica per i Giovani, realizzato dalla Fondazione Jérôme Lejeune, con il patrocinio del Dicastero per i Laici, la Famiglia e la Vita della Santa Sede, intende presentare in maniera obiettiva le grandi domande della Bioetica, che sorgono in ciascuno di noi innanzi ad un progresso scientifico-tecnologico, che sovente ci disorienta. Aderendo ai principi della scienza e della ragione umana, il Manuale di Bioetica aiuta a dare risposte semplici a partire da informazioni tecniche precise e rigorose, che la fede cristiana ricolma di significato.

Perché la vita è bella ed è necessario riscoprire nei confronti di noi stessi e degli altri un senso autentico di stupore, rimuovendo quegli ostacoli che ci oscurano la vista. Se queste pagine vi aiuteranno a migliorare le vostre conoscenze o, meglio ancora, a comprendere la vostra missione, avranno raggiunto l'obiettivo.

In occasione dell'Anno "Famiglia Amoris Laetitia", il Papa ci invita ad adoperarci per scoprire insieme i valori che conducono al vero Bene. A tal fine, dedichiamo del tempo a formare noi stessi e a trasmettere l'insegnamento e la speranza della vita ai nostri giovani.

Questo Manuale di Bioetica per Giovani è una Buona Novella che deve diffondersi rapidamente. Facciamoci ambasciatori della vita fino ai confini della terra! Buona lettura!

Jean-Marie Le Méné,



Presidente della Fondazione Jérôme Lejeune

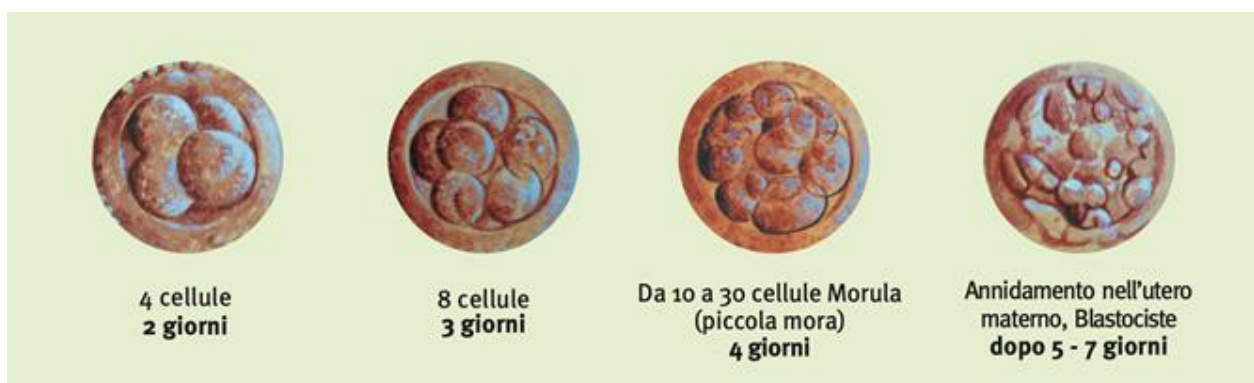


1/La storia del piccolo essere umano



La storia di ogni essere umano incomincia nel momento della fecondazione: nell'istante in cui le informazioni veicolate dal DNA, presente nello spermatozoo del padre, si uniscono a quelle del DNA presente nell'ovocita della madre. Con la fecondazione prende corpo un nuovo essere umano che comincia, da allora, la sua esistenza. In quel preciso momento, anzi, si costituisce il suo patrimonio genetico, che è unico ed esclusivo, e si definisce anche il sesso. Non ci troviamo davanti ad un essere umano teorico, quindi, ma ad un individuo al primo stadio di sviluppo che un giorno sarà chiamato *Enrico o Virginia*.

Successivamente l'embrione si divide in 2, 4, 8, 16 cellule... Le cellule comunicano fra loro, mostrando così di essere organizzate. Dallo zigote al feto, ogni cellula raggiunge la sua destinazione in modo assolutamente ordinato. Il processo, infatti, è continuo, coordinato e graduale.



Lo zigote è il primo stadio **dell'embrione** nel quale si sono riuniti i 23 cromosomi materni e i 23 cromosomi paterni. Le sue dimensioni sono di circa 0,15 mm.



L'embrione è un **organismo**, un essere vivente. L'embrione umano è un **essere vivente** con un patrimonio genetico **umano**. Esso è, dunque, a tutti gli effetti, un **essere umano**.

La gravidanza è «la condizione della donna incinta, dal momento della fecondazione al parto» (Definizione tratta dal dizionario Larousse). **La fine della gravidanza si calcola in due modi:**

- **in mesi** di sviluppo dell'embrione calcolati a partire dal giorno della fecondazione
- **in settimane** di amenorrea (SA), calcolate a partire dal 1° giorno dell'ultima mestruazione

Qualora il ciclo della donna fosse di 28 giorni, l'ovulazione avrebbe luogo al 14° giorno del ciclo. Quando una donna ipotizzasse dal ritardo del ciclo di essere incinta, il bambino avrebbe già ha un'età gestazionale di almeno 14 giorni. Il cuore comincia a formarsi in 18° giornata.



Lo zigote

1° giorno

È l'embrione al primo stadio di sviluppo.



L'embrione dopo 35 giorni
(3-5 mm)

1° mese

Le contrazioni cardiache sono visibili all'ecografia.



a 50 giorni
(17-22 mm)

2° mese

Si formano gli arti. Si riconoscono le dita, la bocca, il naso, le orecchie, gli occhi ed anche le pupille.



Il feto a 60 giorni
(3 cm - 11 gr)

3° mese

A partire dall'8a settimana, l'embrione prende il nome di feto. Il cervello e gli altri organi sono ben strutturati.



A 75 giorni
(10 cm - 45 gr)

3° mese

Il bambino muove mani e piedi. Il sesso può essere identificato.

“Il piccolo dell'uomo è un uomo piccolo”

Jérôme Lejeune



a 105 giorni
(15 cm - 200 gr)

4° mese

Succhia il pollice, inghiotte il liquido amniotico. Le mani sono completamente formate.



a 135 giorni
(25 cm - 500 gr)

5° mese

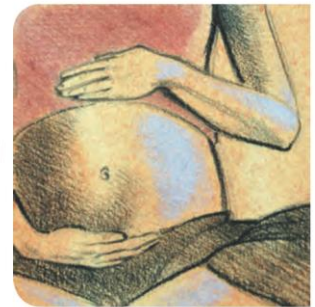
I suoi movimenti vengono percepiti dalla mamma.



a 165 giorni
(31 cm - 1 100 gr)

6° mese

Si muove molto. Comincia a reagire ai rumori esterni.



8° mese

Assume la posizione definitiva che lo porterà fino al parto.

Domande sull'embrione

L'embrione non è altro che un ammasso di cellule?

Qualche studioso parla di «ammasso» di cellule per contrapporlo all'idea di «organismo». A partire dal concepimento, invece, l'embrione è un essere vivente, organizzato per autocostruirsi in modo continuo, coordinato e graduale. Il luogo in cui lo spermatozoo penetra nell'ovocita orienta fin da subito la posizione dell'embrione nell'ovulo (testa, piedi...). A partire dalla fecondazione, l'embrione innesca una cascata di eventi (espressione del codice genetico, sintesi delle proteine...) necessari al suo sviluppo. Produce degli ormoni che bloccano il ciclo mestruale materno, inizia a modificare il seno della madre, ecc. L'embrione, pertanto, non può essere considerato un semplice ammasso di cellule.

L'embrione è un essere umano fin dalla fecondazione?

Certamente sì, dal momento che un uomo ed una donna non possono che concepire un essere umano. Sì, ancora, perché il **patrimonio genetico** di una persona viene stabilito nella fecondazione. Questo patrimonio non è solo umano ma anche unico. Se l'uomo non cominciasse ad esistere fin dalla fecondazione, non comincerebbe mai ad esistere; da dove potrebbe mai ricavare, infatti, delle nuove informazioni? L'espressione "bambino in provetta" che viene utilizzata per definire un embrione di tre giorni, fa chiaramente capire come questo dato sia universalmente riconosciuto.

L'embrione oltre che essere umano, è anche una persona?

Qualcuno di noi ha per caso incontrato degli uomini che non fossero anche persone? I soli uomini che nel corso della storia non sono stati considerati persone, sono stati gli schiavi. Se qualche essere umano non fosse considerato persona, in quale società ci troveremmo a vivere?

Pensare che l'embrione sia un essere umano, è solo una semplice opinione?

Accettare che la fecondazione sia l'inizio di un nuovo essere umano non è questione di gusti o di opinioni, ma è una realtà biologica. Tutte le prove scientifiche vanno in questa direzione e nulla ha potuto provare il contrario. Nessuno, del resto, in coscienza, potrebbe dubitarne.

L'embrione è biologicamente relazionato alla madre già prima dell'impianto con un dialogo biologico e immunologico (CROSS-TALK) che gli permette di farsi riconoscere e non essere rigettato. L'embrione manda anche cellule staminali per guarire eventuali processi patologici della madre: il feto è "medico" della madre.

Cosa rende un embrione un essere umano?

Non è assolutamente a motivo delle sue qualità, delle sue capacità o delle sue prestazioni che un essere è umano; lo è unicamente per la sua natura. L'embrione appartiene alla **specie umana**, alla famiglia degli uomini, alla famiglia di tutti gli uomini; esattamente come ciascuno di noi. Si deve quindi concludere che è un essere umano.

In particolare è umano per: la sua identità genetica (DNA umano); la relazione con la madre fin dal primo istante del concepimento; il suo protagonismo biologico; perché è un paziente in utero come qualsiasi adulto.

Ma l'embrione o il feto provano dolore?

Al giorno d'oggi sappiamo che il feto percepisce il dolore già a partire dal 5° mese di gravidanza, e che lo percepisce in maniera molto accentuata perché non ha ancora la capacità di "gestirlo".

L'embrione che dipende ancora da sua madre, è un essere umano?

Al pari di tutti gli esseri viventi, anche l'embrione ha bisogno di un ambiente adeguato per crescere e svilupparsi. Tutti noi siamo dipendenti (alimentazione, ossigeno), in ogni stadio della vita umana. Del resto, chi di noi potrebbe resistere nudo in Antartide? Noi non siamo né più né meno che uomini. La dipendenza, per quanto profonda possa essere, non cambia in nulla la natura. Il fatto di essere protetto e nutrito nel corpo della mamma, non trasforma un bambino nell'utero in una parte del corpo della madre. Ne differisce per tutte le cellule, oltre ad avere una sua propria identità biologica.

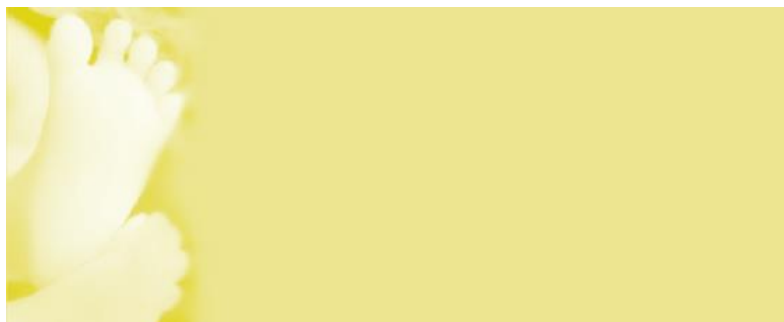
Se l'embrione non ha ancora forma umana può essere considerato un essere umano?

Un essere umano non lo si riconosce soltanto dalle apparenze. Se ci si riflette, del resto, uno stesso individuo assume, nel corso della sua vita, diverse fisionomie: embrione, neonato, bambino, adulto, e vecchio. L'embrione, pertanto, ha la forma umana compatibile con la sua età. Tutti noi siamo passati attraverso le fasi di crescita dell'embrione, fasi nelle quali tutto era già inscritto; persino il colore degli occhi!

PRECISAZIONE:

Contrariamente a quanto è possibile leggere in taluni testi scolastici: la gravidanza non inizia quando l'embrione si fissa alla parete dell'utero (annidamento) ma con la fecondazione (ed indipendentemente dal fatto che la donna se ne renda conto solo dopo l'annidamento). La vita di un nuovo essere umano inizia, infatti, con la fecondazione.

2/ Aborto



Che cos'è l'aborto?

L'aborto è la morte prematura dell'embrione o del feto nel corso del suo sviluppo. Si parla di aborto spontaneo quando l'interruzione della gravidanza non è stata provocata. Si parla, invece, di aborto provocato quando si mette volontariamente fine alla vita dell'embrione o del feto. Nella legge, l'espressione «interruzione della gravidanza» ha sostituito la parola «aborto». L'espressione "interruzione della gravidanza" (IVG) infatti, maschera la realtà, nascondendo il fatto che si fa morire il diretto interessato, cioè il bambino. Nel mondo, vengono compiuti ogni anno circa 50 milioni di aborti: in pratica, 1 bambino su 5 viene deliberatamente abortito durante la gravidanza. In Italia, nel solo 2016 sono stati abortiti 84.926 bambini. Le statistiche mostrano che in Francia si abortiscono circa 240.000 bambini ogni anno, negli USA 1 Milione e 4,2 Milioni nell'America Centrale e Meridionale. Sono milioni di bambini unici ed irripetibili. A questi numeri vanno aggiunti tutti quei bambini che oggi vengono abortiti per effetto della RU486 e delle altre pillole abortive (cripto-aborti).

Attenzione

L'aborto è una realtà violenta. Nonostante ciò, per comprenderne le implicazioni e i rischi, è necessario parlarne. Abbiamo provato a presentare questa realtà senza mascherarla, facendo tuttavia la scelta di non mostrare immagini di feti abortiti.

Metodi usati per abortire

Aborto per aspirazione

Il feto viene smembrato grazie all'azione dell'aspiratore. È il metodo normalmente utilizzato per praticare l'IVG.

Aborto a nascita parziale (partial birth abortion)

È un metodo troppo cruento per essere descritto in questa sede. Esso consente, tuttavia, di recuperare dal feto cellule nervose vive, e viene realizzato soprattutto nel terzo trimestre di gravidanza, anche al nono mese.

Aborto tramite raschiamento

L'embrione viene distrutto con la "curette" (o cucchiaio tagliente) e i frammenti vengono recuperati nell'utero.

Aborto indotto dal Mifepristone (RU 486)

L'assunzione del Mifepristone (RU 486) in associazione alle prostaglandine rende la mucosa uterina inadatta alla sopravvivenza dell'embrione già impiantato, provocandone, di fatto, l'aborto.

Aborto dopo inoculazione...

- di cloruro di potassio nel cuore del feto. In questo modo si causa la morte del feto e si induce il parto prematuro del bambino morto.
- di una soluzione ipertonica nel liquido amniotico. Con questo metodo il bambino muore dopo diverse ore. 24h dopo la madre partorisce un bambino nato morto. Questo tipo di aborto viene utilizzato di preferenza per le interruzioni mediche della gravidanza fino al 9° mese.

Pillola del giorno dopo o "contraccezione di emergenza"

Se il farmaco venisse assunto prima dell'ovulazione eserciterebbe un effetto contraccettivo, bloccando, di fatto, l'ovulazione stessa. Se, invece, venisse assunto dopo agirebbe impedendo l'annidamento dell'embrione; avrebbe quindi un effetto abortivo. In ogni caso, l'intenzione è comunque quella di interrompere la gravidanza.

La spirale (DIU)

La spirale è un dispositivo inserito nella cavità uterina per impedire la gravidanza. Ha un effetto contraccettivo nella misura in cui ostacola chimicamente la progressione degli spermatozoi e può loro impedire (ma non sempre) di raggiungere l'ovocita. Essa, però, ha anche un effetto abortivo precoce nel caso in cui uno spermatozoo fosse riuscito, nonostante tutto, a raggiungere l'ovocita e a fecondarlo: in questo caso impedirebbe all'embrione di impiantarsi nell'utero facendolo morire (altera infatti la mucosa uterina in modo così grave da impedirgli di annidarsi).

PRECISAZIONE:

La spirale e la pillola del giorno dopo possono provocare l'aborto quando riescono ad impedire l'annidamento dell'embrione in utero.

Cosa dice la Legge

* **Rispetto per l'essere umano nei primi stadi della vita (principio generale)**

- Art. 3 della Dichiarazione universale dei Diritti dell'Uomo del 1948: "Ogni individuo ha diritto alla vita...".
- Art. 2 della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali del 1950: "Il diritto di tutte le persone alla vita è protetto dalla legge".
- Art. 32 della Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività... La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".
- Art 1 della Legge 22 maggio 1978 n. 194: "Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio".

* **L'Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG): definizione**

• È qualsiasi interruzione della gravidanza prima del suo termine fisiologico (9 mesi); prima, cioè, che il bambino sia in grado di condurre una vita extrauterina autonoma. L'interruzione volontaria della gravidanza è detta "aborto".

* **L'Interruzione Volontaria della Gravidanza entro i primi 90 giorni**

• Per la legge (Art. 4 Legge 22 maggio 1978 n. 194): L'interruzione volontaria della gravidanza può essere effettuata entro i primi 90 giorni quando la donna accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito.

* **L'Interruzione Volontaria della Gravidanza dopo i 90 giorni solo se autorizzata dal medico**

- L'Art. 6 della Legge 22 maggio 1978 n. 194 stabilisce che l'interruzione volontaria della gravidanza dopo i primi novanta giorni, può essere praticata: a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.
- L'Art. 7 della stessa legge stabilisce che i processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo 6 vengano accertati da un medico del servizio ostetrico - ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento... che può avvalersi della collaborazione di altri

medici specialisti. Qualora l'interruzione della gravidanza si rendesse necessaria per un imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste... e al di fuori delle sedi consentite. **Qualora sussistesse la possibilità di vita autonoma del feto, ... il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto.**

- L'art. 9 della stessa legge riconosce il diritto all'obiezione di coscienza al personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

- La Corte di Cassazione (n. 14488/2004) ha affermato che l'interruzione volontaria della gravidanza in presenza di malformazioni del bambino è permessa solo quando sussista un grave pericolo per la salute o la vita della gestante. La legge, invece, tutela il diritto a nascere del concepito, anche se affetto da patologie o malformazioni; tutela, cioè, l'evoluzione della gravidanza esclusivamente verso la nascita e non verso la non nascita. L'aborto eugenetico, infatti, non è consentito né come diritto della gestante né come un diritto del nascituro. Il "diritto a nascere sani" significa solo che nessuno può procurare al nascituro lesioni o malattie con dei comportamenti omissivi o commissivi, colposi o dolosi (art. 32 Cost. - Cass. n. 589/1999). Il diritto a nascere sani può essere interpretato solo nel senso di proteggere la salute e la vita del bambino.

Cosa dice la Chiesa...

“Prima ch’io ti avessi formato nel seno di tua madre, io t’ho conosciuto; e prima che tu uscissi dal suo seno, io t’ho consacrato”. Geremia 1,5

•Dio è l’unico padrone della vita

« La vita umana è sacra perché, fin dal suo inizio, comporta l’azione creatrice di Dio e rimane per sempre in una relazione speciale con il Creatore, suo unico fine. Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente ». *Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 2258.

•L’aborto è un peccato grave

“L’aborto diretto, cioè voluto come fine o come mezzo, costituisce sempre un disordine morale grave, in quanto uccisione deliberata di un essere umano innocente”. *Evangelium Vitae*, 62.

•La dignità della persona non nata

“Tra questi deboli, di cui la Chiesa vuole prendersi cura con predilezione, ci sono anche i bambini nascituri, che sono i più indifesi e innocenti di tutti, ai quali oggi si vuole negare la dignità umana al fine di poterne fare quello che si vuole, togliendo loro la vita e promuovendo legislazioni in modo che nessuno possa impedirlo. Frequentemente, per ridicolizzare allegramente la difesa che la Chiesa fa delle vite dei nascituri, si fa in modo di presentare la sua posizione come qualcosa di ideologico, oscurantista e conservatore. Eppure questa difesa della vita nascente è intimamente legata alla difesa di qualsiasi diritto umano. Suppone la convinzione che un essere umano è sempre sacro e inviolabile, in qualunque situazione e in ogni fase del suo sviluppo. È un fine in sé stesso e mai un mezzo per risolvere altre difficoltà. Se cade questa convinzione, non rimangono solide e permanenti fondamenta per la difesa dei diritti umani, che sarebbreo sempre soggetti alle convenienze contingenti dei potenti di turno. La sola ragione è sufficiente per riconoscere il valore inviolabile di ogni vita umana, ma se la guardiamo anche a partire dalla fede, «ogni violazione della dignità personale dell’essere umano grida vendetta al cospetto di Dio e si configura come offesa al Creatore dell’uomo»”. *Evangelii Gaudium*, 213.

Domande sull'aborto

Gravidanza e solitudine: come uscirne?

Una donna incinta, soprattutto se sola, può essere angosciata e sentirsi sovrastata dagli avvenimenti. Ha bisogno di essere ascoltata, sostenuta moralmente e psicologicamente e, talora, anche di essere aiutata sul piano materiale. Anche se l'IVG le può sembrare il male minore, è fondamentale che sappia che molte donne sono profondamente addolorate per aver deciso di interrompere la gravidanza e per non aver fatto la scelta della vita e dell'amore per il loro bambino. Deve inoltre sapere, per liberarsi dalla paura e dalla solitudine, che può incontrare persone disponibili ad ascoltarla, aiutarla ed accompagnarla.

Aborto: una donna può farsi aiutare?

Una donna che prenda in considerazione l'idea di abortire ha bisogno di essere anzitutto ascoltata. È importante parlarne. I Centri di Aiuto alla Vita sono a disposizione delle donne in qualsiasi momento per aiutarle durante la gravidanza e per sostenerle anche nel caso in cui abbiano già abortito.

L'aborto ha delle conseguenze psicologiche sulla donna?

Si osserva che molte donne che hanno abortito possono presentare uno stato depressivo e manifestare diversi altri disturbi: senso di colpa, perdita dell'autostima, depressione, idee suicide, ansia, insonnia, collera, disturbi sessuali, incubi che hanno per oggetto il loro bambino; lo sentono che chiama la mamma, o che dimostra odio nei loro confronti... Il collegamento con l'aborto, però, non è sempre facile e non viene sempre fatto. Questi sintomi, infatti, che possono apparire immediatamente o anche qualche tempo dopo, sono oggi ben conosciuti come "sindrome post abortiva". Essi, poi, possono amplificarsi ogni volta che la madre incontra una donna incinta, vede un bimbo nel passeggino, si trova a passare nei pressi di una clinica, pensa al compleanno del bambino che ha abortito... La sindrome "post abortiva", però, non si limita solo alla madre. Spesso può coinvolgere anche le persone vicine a lei, come il padre, i fratelli e le sorelle del bambino non nato... Nel mondo, molte donne ne stanno dando testimonianza: "Se soltanto l'avessimo saputo".

-www.silentnomoreawareness.org

-www.ivg-romprelesilence.fr

PRENDIAMO NOTA:

Le donne in difficoltà possono trovare aiuto presso psicologi e associazioni specializzate nell'ascolto e nell'accoglienza.

Esiste un diritto all'aborto?

Nel 1978, il legislatore ha fatto precedere le disposizioni relative all'IVG da un principio di ordine generale (vale a dire che si impone a tutti) e per convenzione accettato da tutti (in quanto iscritto nella Convenzione europea dei diritti dell'uomo): il diritto al rispetto dell'essere umano a partire dall'inizio della vita. E tale diritto alla vita è conferito ad ogni essere umano. La legge 194/1978 ha introdotto delle deroghe, delle eccezioni, a questo principio fondamentale. A dispetto della sua banalizzazione, e dell'essere divenuta una pratica «di convenienza», l'IVG costituisce una deroga ben delimitata dalla legge e non certo un diritto. Ciononostante, la legge viene spesso interpretata in modo che l'aborto possa essere praticato in quasi ogni circostanza, trasformandosi così, di fatto, in un diritto ingiusto che viola la vita del bambino.

L'aborto in Italia

Anche se il numero degli aborti è in calo (dai 234 mila del 1982 agli 85.000 circa del 2016), questa riduzione è solo apparente. Sono incrementate, infatti, proprio dal 1982 le vendite delle varie pillole (del giorno dopo, dei cinque giorni, della RU486) che hanno contribuito a ridurre l'accesso a cliniche e ospedali per interrompere le gravidanze, ma hanno incrementato il numero degli aborti "nascosti". 5.642.070 sono i feti abortiti dal 1978 ad oggi. 5.642.070 bambini unici ed insostituibili.

Dei numeri facili da ricordare

I numeri dell'aborto sono facili da ricordare: 1, 2, 3, 4

- 1 aborto ogni 2 donne
- 1 aborto ogni 3 nascite
- 1 aborto ogni 4 concepimenti
- 1 IVG su 2 praticata su donne che hanno meno di 25 anni.



A 2 mesi di età misuro 3 centimetri dalla testa all'osso sacro. Con un microscopio, sarebbe possibile leggere le mie impronte digitali!

Riflessioni etiche

“Una società che uccide i suoi bambini perde nello stesso momento sia la sua anima che la speranza”

Jérôme Lejeune

DONNA / BAMBINO: AMICI / NEMICI?

Per quale motivo la possibilità di sopprimere un figlio dovrebbe prevalere sul suo diritto alla vita?

Simbolo di amore e di pace, il legame che unisce la madre al figlio viene inesorabilmente guastato da una legge che autorizza l'aborto.

E IN CASO DI VIOLENZA?

È comprensibile che la donna non desideri il bambino concepito con un atto di violenza, che è sempre e comunque da condannare; è anzitutto lei che deve essere adeguatamente sostenuta e accompagnata dopo un evento così traumatico e lesivo della sua dignità di persona affinché ritrovi fiducia in se stessa, nelle persone attorno a lei e ritrovi la forza per aprirsi alla vita che porta in sé: l'aborto, infatti, non elimina il dramma che la donna sta vivendo, anzi, aggiunge dramma a dramma, violenza a violenza: sul bambino che viene ucciso e sulla donna, ferita una seconda volta nella sua intimità più profonda.

L'ABORTO COSTITUISCE UN ATTO DI LIBERAZIONE PER LA DONNA?

L'aborto è stato storicamente rivendicato come un gesto di liberazione dalle difficoltà della maternità e visto come un “diritto della donna a disporre del proprio corpo”. Eppure, dal punto di vista biologico, il bambino non è una parte del corpo della madre; ne è l'ospite. La mamma, di conseguenza, non può disporre liberamente del bambino, come se fosse un oggetto di sua proprietà. Quel bambino è un figlio. Inoltre, l'aborto è un attentato all'identità e alla salute della donna. L'immensa sofferenza causata dalla sterilità evidenzia come la maternità sia un elemento costitutivo dell'identità femminile. Per queste ragioni uccidere il proprio figlio non può essere visto né come fonte di libertà né come mezzo di realizzazione personale.

L'INTERRUZIONE DELLA GRAVIDANZA: SI PUÒ PARLARE DI SCELTA?

La legalizzazione dell'aborto ha fatto nascere l'idea che questa scelta sia accettabile. Tuttavia, a dispetto della legge, si commette un atto di morte. Se la legge italiana dal 1978 non lo condanna, la coscienza continua a rimandare a questo principio fondante: “non uccidere”. **Quello che è legale, infatti, non è necessariamente morale.** La stessa legge italiana, infatti, prevede per gli operatori sanitari (medici, infermieri e ogni altro operatore) la possibilità di fare obiezione di coscienza (art. 9 L. 194/78), astenendosi così dal compiere azioni finalizzate all'aborto.

I PROBLEMI MATERIALI...

...di una madre costituiscono una ragione sufficiente per interrompere la gravidanza se confrontati con il valore della vita del suo bambino? Il miglior modo per aiutare una madre in difficoltà non è quello di aiutarla a sopprimere una vita, ma quello di **risolvere le sue difficoltà** anche attraverso l'eventuale aiuto della società. Infatti, qualora la madre non potesse crescere il suo bambino, l'adozione potrebbe costituire per entrambi una valida alternativa.

E IL PADRE?

Accade piuttosto di frequente che una ragazza incinta si senta costretta ad abortire perché il padre non vuole assumersi la responsabilità del bambino. Allo stesso modo, però, può essere anche che una ragazza interrompa la gravidanza andando contro la volontà del padre del bambino. La legge italiana lascia la decisione ultima alla madre, tuttavia, qualora si creasse un conflitto, i due giovani dovrebbero cercare di rivolgersi a un consultorio o a un CAV (centro di aiuto alla vita) per farsi aiutare a superare le cause che inducono uno dei due a volere l'aborto, così come prevede la legge stessa all'art. 5.

ABORTO O ADOZIONE?

Può capitare che, in una situazione angosciata, una madre non possa occuparsi del suo bambino. Può, in questo caso, affidarlo a dei genitori adottivi. Rispetto all'aborto, in cui il bambino perde la vita, l'adozione gli offre una possibilità: è vero che rimane senza la sua mamma, ma conserva la vita ed acquisisce dei nuovi genitori. In Italia, un numero molto elevato di persone sarebbero pronte a diventare genitori, accogliendo un bambino adottivo.

Aborto e contraccezione

MENTALITÀ CONTRACCETTIVA E IVG

La mentalità contraccettiva (rifiuto del bambino) porta ad una più facile accettazione dell'aborto.

Fonti autorevoli evidenziano come “una gravidanza non programmata sia sempre meno accettata” e come, attualmente, il “60% delle gravidanze non desiderate finiscano in aborti, rispetto al 40% di qualche anno fa”¹. Viene inoltre osservato che “la propensione a ricorrere all'aborto in caso di gravidanza non programmata si è accentuata man mano che il controllo della fecondità si è andato perfezionando con la contraccezione”².

LA CONTRACCEZIONE PREVIENE L'ABORTO

Si sostiene da più parti che la contraccezione sia il “rimedio” più efficace contro l'aborto. È vero questo? No, e per 3 validi motivi:

- la mentalità contraccettiva (rifiuto del bambino) porta ad accettare più facilmente l'aborto in caso di gravidanza “non desiderata”;
- la contraccezione favorisce delle relazioni sessuali con più partner, all'interno di relazioni instabili, moltiplicando, di conseguenza, le possibilità di una gravidanza non voluta;
- in più, alcuni tipi di pillola contraccettiva possono portare a degli aborti precoci di cui la donna stessa può non essere consapevole, che possono danneggiare la sua salute. Le statistiche confermano che l'incremento della contraccezione non diminuisce il numero degli aborti.

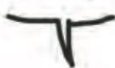
PILLOLA CONTRACCETTIVA E ABORTO

Le pillole contraccettive possono causare aborti precoci. Generalmente, le pillole classiche (combinata o estroprogestiniche) agiscono come contraccettivi bloccando l'ovulazione e modificando il muco cervicale così da renderlo impenetrabile agli spermatozoi. Ma, quando uno di questi due meccanismi si riveli insufficiente (1 volta su 10 l'ovulazione non viene bloccata), si attiva un terzo effetto della pillola: una modificazione della mucosa uterina così consistente da impedire l'annidamento dell'embrione. È un effetto abortivo dal momento che l'embrione, non potendosi impiantare, viene espulso. Lo stesso effetto viene ottenuto anche dalle pillole micro dosate e dai contraccettivi a clima progestinico (“mini-pillola”, iniezioni contraccettive e impianto di contraccettivi sottocutanei). In questi casi, l'aborto si verifica senza che la donna ne abbia consapevolezza.

¹ *Contraception: que savent les Françaises?*, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), 5 juin 2007.

² *La legge Neuwirth quarant'anni dopo: una rivoluzione incompiuta?* Etude de l'INED: Population et Sociétés, n°439, 27 novembre 2007.

Tutto sarebbe estremamente
più semplice.....



.... se gli embrioni non fossero
che un ammasso di cellule.... ma sono bambini!!



BONOR

Testimonianza

«Oggi ho 23 anni. Ho abortito 5 anni fa quando di anni ne avevo 18. Nonostante fossi maggiorenne, nessuno mi ha concesso di fare una scelta. In quel periodo, erano circa 6 mesi che stavo col mio compagno. Oggi stiamo ancora assieme e benché siano passati ormai quasi 6 anni, a dispetto del tempo che passa, quello che ho "fatto", mi rode ancora dentro e mi distrugge. Sono rimasta incinta e ho abortito poco prima di fare la maturità; la maturità, però, non sono riuscita a superarla. Del resto, se ci penso, non ero altro che l'ombra di me stessa. Non arrivavo a rendermi conto di quello che mi era successo. (...) Oggi ho la sensazione di essere vuota, affossata, inutile. Non ne ho mai parlato con nessuno. Non posso! (...) Mi vergogno troppo! (...) Non posso assolutamente pensare di fare un altro bambino visto che non ho assolutamente elaborato il lutto del primo. Mi sento persa, annientata».

Melissa, 23 anni

3/ La diagnosi prenatale



Operazione intrauterina di Samuel, affetto da spina bifida, alla 21° settimana di gestazione. Samuel è nato il 2 dicembre 1999.

Cos'è la diagnosi prenatale?

Si definisce diagnosi prenatale o DPN l'insieme delle indagini praticate durante la gravidanza per verificare lo stato di salute del bambino ed, eventualmente, la presenza di malattie o malformazioni.

La diagnosi prenatale si iscrive nel contesto di un controllo finalizzato a prevedere alcune patologie del bambino, suscettibili di un trattamento precoce. Per questo, è importante che la medicina possa mettere a punto delle terapie adeguate per garantire e migliorare le condizioni di salute del bambino, qualunque esse siano.

Oggi, tuttavia, la DPN viene sovente utilizzata come strumento selettivo per eliminare precocemente bambini affetti da patologie genetiche, come la trisomia 21 (sindrome di Down). In questi casi, viene proposta alla donna come strumento di "prevenzione" per evitare la nascita di un bambino malato. Di fatto, la prevenzione diviene sinonimo di selezione della vita umana.

Anche se la legge 194 vieta l'aborto eugenetico e tutela il diritto a nascere del concepito, pur se affetto da patologie e malformazioni, nella pratica, oggi, la probabilità che alla donna sia proposto l'aborto selettivo è molto alta, non essendoci ancora adeguate terapie in grado di curare o limitare i sintomi di molte malattie genetiche. Sembra, infatti, stando alle statistiche, che ogni 10 diagnosi prenatali positive per sindrome di Down, 8 donne decidano di abortire; o, come succede in Francia, che solo il 3% dei bambini affetti da trisomia 21 veda la luce, rispetto al 97% che viene abortito. Alcuni bambini vengono abortiti anche per lievi malformazioni: a volte il limite fra una malattia grave e una meno grave è molto sottile e difficile da spiegare.

In questi casi, purtroppo, sono soprattutto la paura della malattia del proprio figlio e la mancanza di una adeguata informazione ad indurre i genitori a scegliere l'aborto. Va anche considerato che molti medici temono che, non proponendo alla donna qualunque tipo di

diagnosi, possa loro sfuggire una qualche anomalia del bambino, in presenza della quale vengono poi denunciati per una mancata o errata diagnosi. In questo contesto, è facile aspettarsi che la DPN venga utilizzata per un vero e proprio "controllo di qualità" del bambino, per eliminarlo se non appare conforme alle attese della famiglia o della società.

Per questo, invece, è importante che i medici sappiano gestire la fase della consulenza prima e dopo la diagnosi, per accompagnare i genitori, indirizzandoli ad un centro specializzato che possa aiutarli con le migliori terapie e la migliore assistenza durante la gravidanza e dopo la nascita del loro bambino malato.



Le tecniche di diagnosi prenatale più diffuse

L'ecografia

È il principale strumento non invasivo di diagnosi prenatale. Permette di vedere il bambino attraverso immagini elaborate dal computer e presentate su un monitor. Questo esame viene eseguito in gravidanza almeno tre volte, alla 12a, 21a e 33a settimana di amenorrea. È l'esame che viene utilizzato per misurare, fra le altre cose, anche lo spessore della nuca che indica un rischio di trisomia 21 (un'anomalia cromosomica caratterizzata dalla presenza di 3 cromosomi 21 anziché 2).

Amniocentesi e coriocentesi (o prelievo dei villi coriali)

Sono due esami invasivi che consentono di fare diagnosi. L'amniocentesi si esegue, in genere, a partire dalla fine del 4° mese di amenorrea. Consente di cercare le cellule fetali nel liquido amniotico per determinare il cariotipo (l'insieme dei cromosomi) del bambino. Può causare la morte accidentale del feto nell'1% dei casi circa. La coriocentesi (o biopsia del trofoblasto) consiste nel prelevare un frammento di placenta per determinare il cariotipo in un tempo ancora più precoce (1° trimestre) del precedente esame. Il rischio di aborto oscilla fra l'1 e il 2%.

Il caso particolare della trisomia 21

Come valutare il rischio di trisomia 21?

Lo screening della trisomia 21 (ce ne sono varie forme: Tritest, Duo-test, Quad-test, test combinato o screening integrato) viene effettuato, a seconda dei casi, associando l'età della donna ad alcuni marcatori serici presenti nel sangue materno e alla misurazione dello spessore dei tessuti molli retronucali del feto (traslucenza nucale) oltre che di recente al DNA fetale. Si effettua a partire da un prelievo di sangue sulla madre. È dunque una tecnica non invasiva per il bambino.

Screening/Diagnosi:

Il tritest non è una vera e propria diagnosi. È piuttosto un calcolo probabilistico della possibilità per la donna di avere un figlio affetto da Sindrome di Down. Qualora, infatti, l'esito sia positivo, alla donna viene proposto di fare poi una diagnosi invasiva (amniocentesi o prelievo dei villi coriali) per verificare se lo screening fosse giusto o sbagliato.

Scarsa attendibilità del tritest:

Il tritest, dunque, porta necessariamente a fare una diagnosi invasiva, con tutti i rischi per il bambino che la subisce, per verificarne l'attendibilità. Tali test sono comunque dibattuti in letteratura per gli elevati falsi positivi e negativi che presentano. La decisione di abortire un bambino sulla base solo di un tritest, pertanto, non si giustifica nemmeno sul piano medico, non essendo il tritest una vera e propria diagnosi.

Cosa dice la Legge

Da ricordare

Fino al 2004 la legge non obbligava i medici ad informare in maniera sistematica le donne in gravidanza della possibilità di fare diagnosi prenatale. Oggi, invece, il medico ha l'obbligo di informare la paziente. Questo significa sempre e comunque orientare le donne verso la DP con tutte le conseguenze che ne possono derivare, per i rischi che essa comporta.

- **A partire dal 2011, con la pubblicazione delle “Linee-Guida sulla gravidanza fisiologica” da parte del Ministero della Salute, sulla gravidanza fisiologica” ,**

il medico ha l'obbligo di informare della possibilità di effettuare la DPN. Il documento decreta che l'ecografia per la diagnosi di anomalie fetali deve essere offerta di routine a tutte le donne in gravidanza tra la 19a e la 21a settimana. Con riferimento alle tecniche invasive, le “Linee Guida” precisano che l'esame diagnostico più indicato è l'amniocentesi (o la villocentesi). Ciò significa indurre le donne a fare diagnosi invasive con tutti i rischi che ne possono derivare per la mamma e per il bambino. Il timore della malattia diventa, infatti, in molti casi, l'unica motivazione addotta.

- **Nel 2015 il Consiglio Superiore di Sanità ha approvato le “Linee-guida sullo Screening prenatale non invasivo basato sul DNA”.**

Si analizzano le probabilità che il feto sia affetto dalle più comuni malattie genetiche relative al numero dei cromosomi non sessuali, come la trisomia 21.

Cosa dice la Chiesa...

“Ho sentito dire che è di moda – o almeno è abituale – nei primi mesi di gravidanza fare certi esami, per vedere se il bambino non sta bene, o viene con qualche problema... La prima proposta in quel caso è: “Lo mandiamo via?”. L’omicidio dei bambini. E per avere una vita tranquilla, si fa fuori un innocente. Quando ero ragazzo, la maestra ci insegnava storia e ci diceva cosa facevano gli spartani quando nasceva un bambino con malformazioni: lo portavano sulla montagna e lo buttavano giù, per curare “la purezza della razza”. E noi rimanevamo sbalorditi. [...] Era un’atrocità. Oggi facciamo lo stesso, ma con guanti bianchi.”

(Papa Francesco alla delegazione del Forum delle Associazioni Familiari, 16 giugno 2018).

• La vita umana è sempre un bene

“Per il solo fatto d’essere, ogni essere umano deve essere pienamente rispettato.[...] Nell’uomo, creato ad immagine di Dio, si riflette, in ogni fase della sua esistenza, «il volto del suo Figlio Unigenito... Questo amore sconfinato e quasi incomprensibile di Dio per l’uomo rivela fino a che punto la persona umana sia degna di essere amata in se stessa, indipendentemente da qualsiasi altra considerazione. [...] La vita umana è sempre un bene, poiché “essa è nel mondo manifestazione di Dio, segno della sua presenza, orma della sua gloria”. *Dignitas Personae*, 8.

• La Chiesa ci mette in guardia sulle conseguenze eugenetiche della diagnosi prenatale

“Quando sono esenti da rischi sproporzionati per il bambino e per la madre e sono ordinate a rendere possibile una terapia precoce o anche a favorire una serena e consapevole accettazione del nascituro, queste tecniche sono moralmente lecite. Dal momento però che le possibilità di cura prima della nascita sono oggi ancora ridotte, accade non poche volte che queste tecniche siano messe al servizio di una mentalità eugenetica, che accetta l’aborto selettivo, per impedire la nascita di bambini affetti da vari tipi di anomalie. Una simile mentalità è ignominiosa e quanto mai riprovevole, perché pretende di misurare il valore di una vita umana soltanto secondo parametri di «normalità» e di benessere fisico, aprendo così la strada alla legittimazione anche dell’infanticidio e dell’eutanasia.” *Evangelium Vitae*, 63.

• Embrioni e cultura dello scarto

“È la sfida di contrastare la cultura dello scarto, che ha tante espressioni oggi, tra cui vi è il trattare gli embrioni umani come materiale scartabile, e così anche le persone malate e anziane che si avvicinano alla morte. [...] Il rispetto per l’integrità umana e la tutela della salute dal concepimento alla morte naturale è un principio etico fondamentale”. (Discorso di Papa Francesco al Comitato Nazionale per la Bioetica, 28 gennaio 2016).

• L'aborto non è prevenzione

"Ma nessun essere umano può essere mai incompatibile con la vita, né per la sua età, né per le sue condizioni di salute, né per la qualità della sua esistenza. Ogni bambino che si annuncia nel grembo di una donna è un dono, che cambia la storia di una famiglia: di un padre e di una madre, dei nonni e dei fratellini. E questo bimbo ha bisogno di essere accolto, amato e curato. Sempre!" "A livello sociale il timore e l'ostilità nei confronti della disabilità inducono spesso alla scelta dell'aborto, configurandolo come pratica di "prevenzione". Ma l'insegnamento della Chiesa su

questo punto è chiaro: la vita umana è sacra e inviolabile e l'utilizzo della diagnosi prenatale per finalità selettive va scoraggiato con forza, perché espressione di una disumana mentalità eugenetica, che sottrae alle famiglie la possibilità di accogliere, abbracciare e amare i loro bambini più deboli".

Discorso del Santo Padre Francesco ai partecipanti al convegno promosso dal Dicastero per i Laici, la Famiglia e la Vita sul tema "Yes to Life! - La cura del prezioso dono della vita nelle situazioni di fragilità", 25 maggio 2019.

Domande sulla diagnosi prenatale

Le tecniche di DP sono cattive?

Le tecniche di DP non sono, in se stesse, né buone né cattive, ma tutto dipende dall'uso che se ne fa. Esse possono essere buone se servono alla diagnosi di malattie che potranno essere, in un secondo momento, curate o se aiutano i genitori ad elaborare la malattia e ad organizzarsi per accogliere un bambino malato. Ma sono senza dubbio nefaste se vengono utilizzate per selezionare i bambini prima della nascita.

È possibile parlare di eugenetica in questo caso?

È abbastanza frequente parlare di eugenetica quando si faccia riferimento alla DP, essendo essa associata ad uno screening su larga scala, che si trasforma spesso in aborto. Ciò è particolarmente vero nel caso dei bambini con trisomia 21 che vengono abortiti nel 97% dei casi. La medicina si presta, in questi casi, alla selezione degli esseri umani a partire dalle loro caratteristiche biologico-genetiche. In tal senso, essa attua una vera e propria forma di eugenetica scientifica e tecnologica.

Lo screening per la trisomia 21 è obbligatorio?

A partire dal 2011, i medici sono tenuti ad informare dell'esistenza dello screening per trisomia 21. I genitori, però, non sono mai obbligati ad accettarlo: hanno anzi il diritto di rifiutare il prelievo di sangue per la ricerca dei marker sierici, così come l'amniocentesi o qualsiasi altra diagnosi prenatale invasiva o non invasiva, che non sia finalizzata ad una autentica terapia per salvaguardare la vita e la salute del proprio bambino. Non è facile, tuttavia, resistere alle pressioni che circondano l'uso di queste tecniche durante la gravidanza.

Riflessioni etiche

E SE IO ASPETTASSI UN BAMBINO PORTATORE DI UNA MALATTIA O DISABILITÀ?

Ogni famiglia dovrebbe essere preparata ad accogliere un bambino, anche se ammalato. Lo choc della notizia è sconvolgente per chiunque. Per questo è importante farsi aiutare da esperti quando viene fatta una diagnosi di malattia fetale. Vedi: www.ilcuoreinunagoccia.com

ABORTIRE PERCHÉ MIO FIGLIO MALATO NON SARÀ MAI FELICE?

Questo pregiudizio condanna le persone malate o disabili a dover dimostrare che sono felici per avere il diritto di vivere. Nessuno, però, può giudicare il grado di felicità di qualcuno. Sono innumerevoli le testimonianze di persone affette da disabilità anche gravi che hanno comunque espresso la loro gioia di vivere. Uno studio³ sistematico condotto su un gran numero di persone ha messo chiaramente in evidenza come esse non siano più infelici, in funzione della loro età, della media della popolazione.

CHI È IL GIUDICE DEL VALORE DI UNA VITA

Decidere un aborto a causa di una malattia o di una malformazione significa giudicare il valore della vita di un essere umano: significa arrogarsi il diritto di giudicare e dire che a un feto, proprio perché affetto da una grave malattia, dovrebbe essere impedito di nascere oltre che ammettere che ad un bambino dovrebbe essere impedito di vivere, solo perché malato. In base a che cosa la sua dignità sarebbe inferiore alla nostra? In base a che cosa la sua vita non avrebbe alcun valore, tanto da poter essere annientata? Non è forse per paura o per convenienza che le persone sane decidono di non accogliere le persone malate?



La DP della trisomia 21 ha reso mortale una malattia che non lo era. Il 97% dei feti sottoposti a screening vengono abortiti.

LA SOFFERENZA DEI GENITORI

La compassione nei confronti dei genitori dovrebbe essere un sentimento che ogni persona, e in particolare ogni medico, dovrebbe avere. Ma come si fa a pensare di poter alleviare la

³ *Les personnes handicapées face au diagnostic prénatal: Eliminer avant la naissance ou accompagner?*, Danielle Moysé (CNRS/EHESS) e Nicole Diederich (INSERM), Ed. Erès, 2001, Parigi

sofferenza di un genitore eliminando un essere umano? Si dovrebbe invece fare ogni sforzo dal momento che "nella medicina c'è l'odio per la malattia, ma l'amore per il malato" (Jérôme Lejeune). La perdita di un bambino, inclusa quella causata dall'aborto, è sempre un dramma. Ma non si può eliminare la sofferenza eliminando colui che soffre.

UN MALESSERE SOCIALE

Molti genitori soffrono a causa dello sguardo accusatorio nei loro confronti e nei confronti del loro bambino malato: "Avete voluto tenere questo bambino? Allora non chiedete alla società di farsene carico!" Ogni anno in Francia, una somma enorme - pari a circa 100 milioni di euro (2003)- viene destinata alla diagnosi prenatale della trisomia 21. Quei bambini, portatori di trisomia 21, che riescono a sfuggire allo screening di massa e per i quali non c'è nessuna politica pubblica di ricerca terapeutica, vengono semplicemente definiti "tasso di fuga". La nostra società diventa, ogni giorno che passa, sempre più intollerante nei confronti dell'handicap, mentre "il mito del bambino perfetto" avanza...

ESISTE L'HANDICAPFOBIA?

In Francia, nel 2000, la Corte di Cassazione ha condannato un medico a risarcire un bambino di nome Nicolas Perruche, per non aver diagnosticato durante la gravidanza la rosolia della madre, in seguito alla quale Nicolas è nato gravemente malato. In pratica, la Corte ha condannato il medico per aver violato il diritto a non nascere del bambino, in altre parole, il suo diritto di essere abortito! Dopo questa discutibile sentenza, che ha suscitato un enorme dibattito internazionale, proprio per la contraddittorietà dei suoi contenuti (come può, infatti, il diritto, che tutela di per sé l'esistenza umana, a tutelare il diritto alla non vita?), il Parlamento francese ha approvato nel 2002 la cosiddetta legge "anti-Perruche", con la quale ha vietato questo tipo di sentenze finalizzate a risarcire la violazione del "diritto a non nascere".

Testimonianza

LA MAMMA DI ELEONORA DICE:

«Dopo la nascita di Eleonora, 24 anni fa, mi hanno spesso chiesto: "Ma perché? Tu non sapevi che la tua bambina era trisomica? Non ti avevano fatto l'amniocentesi?" All'inizio, rispondevo "No, non lo sapevo". Poi ho cominciato ad aggiungere: "No, non lo sapevo ed è stato molto meglio. Se lo avessi saputo durante la gravidanza, avrei certamente avuto paura e fatto il più grosso errore della mia vita". 24 anni fa, non sapevo nulla della trisomia; solo qualche idea preconcepita, dannatamente mostruosa, fonte di angoscia, di vergogna e di antipatia. Avrei di certo preferito interrompere la gravidanza. Ma una volta superata la fase dello choc della presenza dell'handicap, Eleonora ha manifestato a noi, i suoi genitori, una forza ed una capacità di tolleranza sconosciuta. E oggi noi sappiamo quanto Eleonora ci abbia arricchito grazie alla sua differenza, quanto ci dia attraverso i suoi ragionamenti e quanto sia felice di vivere. Oggi noi siamo in grado di valutare l'ignoranza che avevamo 24 anni fa e, più che mai, possiamo dire con un sospiro: "Quale fortuna abbiamo avuto per non aver saputo che quello sconosciuto che portavo in grembo era trisomico".

»

Maryse Laloux

2009 - www.lesamisdeleonore.com

4/ Procreazione medicalmente assistita



Che cos'è la PMA?

Con l'espressione «procreazione medicalmente assistita» (PMA), sostituita, talvolta, dall'espressione «assistenza medica alla procreazione» (AMP), si intende l'insieme delle tecniche che permettono di conseguire il concepimento di un bambino.

La PMA utilizza i gameti: gli spermatozoi maschili e gli ovociti femminili. Ci sono essenzialmente tre tecniche di PMA:

Il metodo naturale

- l'assistenza medica alla procreazione naturale, metodo Billings, NaProTechnology (NaProTechnology: Natural Procreative Technology).

I metodi artificiali

- l'inseminazione artificiale che utilizza gli spermatozoi.
- la fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni (FIVET) che utilizza spermatozoi ed ovociti.

I metodi di PMA artificiali (1/2)

Inseminazione artificiale

1. Raccolta dello sperma.
2. Lo sperma è introdotto direttamente nell'utero della donna.
3. La fecondazione avviene generalmente nella tuba. La restante parte della gravidanza si svolge naturalmente.

Le tappe della Fecondazione in vitro (FIVET)

FIVET: Fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni.

1 Raccolta dello sperma dal padre e degli ovociti dalla madre.

2 In provetta (in vitro) si mettono a contatto gli ovociti con gli spermatozoi. Avviene la fecondazione. Si sviluppano parecchi embrioni.

3a Dei circa 10 embrioni che si sono formati, ne vengono trasferiti nell'utero della madre da 1 a 3. In seguito la gravidanza, a meno che non si abbiano complicazioni, si svolge normalmente. Sono però frequenti gravidanze multiple.

3b Gli embrioni formati, ma non trasferiti, vengono:

- Distrutti se non hanno un "bell'aspetto"
- Congelati, per essere trasferiti in un secondo momento, se i genitori desiderano avere un altro bambino.

Se, invece, i genitori non desiderano che siano trasferiti per dare inizio ad una nuova gravidanza, sono conservati nel congelatore per 5 anni o più.



I metodi di PMA artificiali (2/2)

Fecondazione in vitro con ICSI

L'ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection), o micro-iniezione, consiste nell'introdurre direttamente lo spermatozoo, selezionato dall'operatore, nell'ovocita. Questa tecnica è stata inizialmente usata per ovviare all'infertilità del padre, anche se, ad onor del vero, può trasmettere al bambino le anomalie genetiche responsabili dell'infertilità del padre. Siccome il suo tasso di successo è decisamente migliore di quello della classica fecondazione in vitro, l'ICSI viene utilizzata in più del 63% delle FIVET, anche quando il padre non soffre di infertilità.

Fecondazione in vitro con donazione dei gameti

La fecondazione in vitro eterologa consiste nell'utilizzare gameti estranei alla coppia: spermatozoi, ovociti o entrambi (embriodonazione). Le indicazioni femminili che giustificano il ricorso alla fecondazione eterologa sono la menopausa precoce, l'età materna avanzata, la riduzione della riserva ovarica, le patologie genetiche di coppia e l'abortività ripetuta, mentre quelle maschili comprendono l'azoospermia assoluta. In Italia essa è consentita per le coppie di sesso diverso, sposate o conviventi, cui sia stata fatta diagnosi di infertilità. Il limite di età per la donna che riceve i gameti è stato fissato a 43 anni e tre è il numero massimo di cicli cui essa può sottoporsi nelle strutture pubbliche.

Fecondazione in vitro e “maternità surrogata” o Gestazione per altri (GPA)

L'espressione “maternità surrogata” si riferisce a quelle donne che si prestano ad “affittare il loro utero” quando all'interno di una coppia la donna non sia in grado di portare a termine la gravidanza. La donna che “affitta l'utero” fa crescere nella propria pancia il bambino della coppia, concepito in vitro e trasferito nel suo utero. Alla nascita, poi, consegna il bambino alla coppia, in genere dietro compenso. Può anche succedere, talora, che la donna che “affitta l'utero” rimanga incinta a seguito di un'inseminazione con lo sperma del padre: in questo caso questa donna è anche madre biologica del bambino. La pratica dell'utero in affitto non è legale in Italia (art. 12 legge 40/2004). La legge, infatti, punisce con la reclusione fino a due anni e con una multa fino ad un milione di euro chi ricorra a pratiche di surrogazione della maternità.

Cosa dice la Legge

- **Legge 40/2004:**

La fecondazione assistita (chiamata tecnicamente PMA o Procreazione Medicalmente Assistita) è la pratica medica atta a “favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dall’infertilità umana (...) qualora non vi siano altri metodi efficaci per rimuovere le cause di sterilità e di infertilità”.

- La Legge 40/2004 consente il ricorso alle tecniche di PMA esclusivamente a coppie di sesso diverso, maggiorenni, e che siano in età fertile.

- La legge, di per sé, ammette solo la fecondazione omologa.

- È vietato produrre più di 3 embrioni per ogni ciclo terapeutico e tutti gli embrioni prodotti devono essere trasferiti nell’utero della donna.

- Si prevede la liceità della ricerca clinica solo ove diretta a tutelare lo sviluppo dell’embrione, e si vieta quella diretta ad eliminare embrioni non sani. È vietata “ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti”.

- La crioconservazione degli embrioni è vietata; anche la maternità surrogata.

- L’impianto legislativo non è stato cambiato dal legislatore, ma le sentenze dei tribunali e della Corte costituzionale lo hanno modificato in molti suoi aspetti stravolgendo la legge.

- **Modifiche dai tribunali e dalla Corte costituzionale:**

- Dalla primitiva legge, varata nel 2004 e confermata da un referendum popolare nel 2005, dopo che sono state aggiornate le linee guida del 2008 ed in seguito ai decreti legislativi 191/2007 e 16/2010 e dall’accordo Stato-Regioni del 15 marzo 2012, sono stati rimossi con sentenza della Corte Costituzionale n.151/2009, il divieto di produzione di più di tre embrioni e l’obbligo di contemporaneo impianto di tutti gli embrioni prodotti; e, con sentenza del Tar del Lazio 2008, il divieto di diagnosi preimpianto per le sole coppie infertili. L’8 aprile 2014 è stato dichiarato incostituzionale dalla Corte (sentenza n.162/2014) il divieto di fecondazione eterologa.

- Nel 2015, dopo che la Corte Europea dei Diritti dell’uomo aveva condannato il divieto di accesso alla PMA per le coppie fertili portatrici di patologie genetiche, è stato autorizzato l’accesso alla fecondazione assistita e alla diagnosi preimpianto alle coppie fertili con una malattia genetica.

- La fecondazione assistita oggi, inclusa quella eterologa, è quindi permessa soltanto alle coppie di sesso diverso, sposate o conviventi. È invece vietata ai single, alle coppie omosessuali, e alle donne meno giovani (di cui però, non viene specificata l’età). Rimangono vietati sia il trasferimento dell’embrione post-mortem sia la maternità surrogata (“utero in affitto”).

- Condizioni per la donazione dei gameti:

- 1 Gratuità

- 2 Anonimato (il bambino potrà chiedere di conoscere l’identità del donatore una volta compiuti i 25 anni di età, ma il donatore è libero di accettare o meno la richiesta)

- 3 Impossibilità di donare per più di sei volte o per un massimo di dieci bambini

- 4 Età della donatrice fra 18 e 35 anni

- 5 Età del donatore fra 18 e 45 anni
- Il divieto di utilizzare gli embrioni umani per la ricerca scientifica, a partire da quelli non idonei per una gravidanza a quelli in stato di abbandono o già abbandonati, contenuto nella legge 40/2004 (art. 13), ad oggi, permane e non viola, secondo la Corte europea dei Diritti dell'uomo, i diritti umani. Questo divieto è stato sancito anche dalla Convenzione di Oviedo, ratificata dall'Italia con la legge 28 marzo 2001 n.145 ("È vietata la costituzione di embrioni in vitro ai fini della ricerca scientifica; Art. 18,2)

- **Consiglio d'Europa, 11 ottobre 2016**

Il Consiglio d'Europa ha bocciato l'adozione della raccomandazione sui diritti dei bambini provenienti dalla cosiddetta "maternità surrogata" rinforzandone il divieto in tutti i Paesi europei.

Ricorda!

La legge, incoraggiando lo sfruttamento dei gameti, favorisce lo sviluppo dell'industria della riproduzione.

Domande sulla PMA

Il congelamento può avere delle conseguenze sull'embrione?

Nel 1995, alcuni studi statistici hanno messo in evidenza che dei topolini nati da gameti congelati presentavano delle alterazioni genetiche dovute al freddo. Il congelamento degli embrioni "soprannumerari" di conseguenza potrebbe presentare dei rischi.

Ci sono delle conseguenze fisiche in un bambino concepito in vitro?

In aggiunta ad un accresciuto rischio di prematurità, gli studi scientifici parlano di un aumento del 25% delle malformazioni nei bambini concepiti con la FIVET - ICSI, rispetto a quelle presenti nei bambini concepiti naturalmente. Sono state evidenziate, in particolare, delle anomalie a carico dei sistemi cardiovascolare, urogenitale e muscolo-scheletrico gravi al punto da causare un'interruzione della gravidanza in seguito a fivet (*BEH juin 2011 : méta-analyse de 25 études internationales*).

Ci sono delle conseguenze psicologiche in un bambino concepito attraverso la donazione dei gameti?

I bambini nati dalla FIVET con donazione di gameti possono andare incontro agli stessi problemi che possono avere i bambini adottati. Possono cioè soffrire per il fatto di non conoscere i loro genitori biologici. Noi tutti desideriamo sapere quali siano le nostre origini, chi siano i genitori da cui abbiamo ereditato il colore degli occhi, quello dei capelli, o il sorriso... Da qui nasce la richiesta di molti bambini di togliere dall'anonimato il loro padre o la loro madre biologica.

PRECISAZIONE:

Attraverso la fecondazione in vitro, si concepiscono degli embrioni al di fuori del corpo materno. Dal momento della fecondazione in poi, però, questi embrioni sono degli esseri umani a tutti gli effetti, al pari di quelli concepiti in vivo, anche nel caso in cui non fossero trasferiti nell'utero materno. Distruggere questi embrioni, in vitro o in vivo, equivale ad un aborto.

Ci sono delle conseguenze per la coppia?

Le tecniche di PMA sono estremamente stressanti per la coppia a causa della pesante intrusione dei medici nell'intimità: indagine anamnestica sulla vita intima, fecondazione dell'ovocita, inseminazione della donna ad opera del medico e non del partner e transfer dell'embrione. Il padre si trova escluso dal concepimento del proprio figlio, materialmente diventato il prodotto della collaborazione della donna col medico. I genitori, inoltre, soffrono anche per la distruzione e per il congelamento di alcuni dei loro embrioni. (Les cahiers de l'INED n°161, 2008)

Ci possono essere dei rischi fisici per la madre?

La raccolta degli ovociti è una metodica piuttosto pesante per la donna dal momento che richiede una stimolazione ovarica preventiva. In un secondo momento è poi necessario provvedere al prelievo degli ovociti in cavità addominale. L'iperstimolazione ovarica richiede

l'ospedalizzazione della donna nell' 1,9% dei casi (BEH juin 2011) e, raramente, porta a morte. Sono stati peraltro segnalati dei casi di trombosi arteriosa o venosa.

Alternative alla PMA artificiale

La PMA aggira l'infertilità senza in realtà curarla. La medicina, dal canto suo, può trattare solo un certo numero di casi di sterilità. Diverse tecniche alternative possono aiutare la coppia, che si ritiene sterile, a procreare: **il metodo Billings** (www.woomb.org) che consente di raggiungere una miglior conoscenza dei periodi di fertilità e infertilità all'interno del ciclo; **la Naprotecnologia** (www.creightonmodel.com), decisamente più recente, che fa riferimento a tutte le discipline che attengono alla procreazione (osservazione della fecondità, trattamenti medici, interventi chirurgici) e che ha un tasso di successo superiore a quello della PMA artificiale (www.fertili-tycare.fr). Da ultimo, la coppia può anche propendere per l'adozione ed offrire così la propria casa ad un bambino.

Legame fra la FIVET e la ricerca sugli embrioni

La ricerca sugli embrioni costituisce una derivazione diretta della FIVET. Senza questa tecnica, infatti, non sarebbe assolutamente possibile avere a disposizione degli embrioni da "utilizzare" per la ricerca. Soltanto il 66% degli embrioni congelati, del resto, continua ad essere l'obiettivo di un progetto genitoriale. Lo stock sempre in crescita dei cosiddetti embrioni "soprannumerari" consente a taluni ricercatori di utilizzare questi embrioni come soggetti da esperimento in laboratorio sebbene continui ad essere quasi ovunque vietato. Questi embrioni sono stati anche strumentalizzati nel dibattito ai fini della ricerca: piuttosto che lasciar morire o far morire "senza alcun guadagno" queste migliaia di bambini, li si vorrebbe utilizzare per le ricerche, anche se ciò comporterebbe la loro distruzione.

Riflessioni etiche

“Il progetto genitoriale, alibi del potere medico”

CATHERINE LABRUSSE RIOU, (JURISTE)

UN BAMBINO A TUTTI I COSTI?

Secondo la Carta dei Diritti dell'uomo, il bambino non può essere considerato come un oggetto a disposizione di qualcun altro. Il bambino non è un diritto. Piuttosto che sostituirsi ad un atto d'amore fra i coniugi, la ricerca dovrebbe trovare il modo di guarire la loro sterilità.

La FIVET è estremamente pesante per la coppia e consente di ottenere il cosiddetto “bimbo in braccio” solo in una minoranza di casi: (meno del 14% dopo i 39 anni della madre – Ministero Salute). Questa disillusione, tenuto anche conto degli sforzi sostenuti, può essere ancora più distruttiva del fatto di non aver potuto dar luogo ad un concepimento.

PROTEGGERE I GAMETI E LA PROCREAZIONE DALLA MANIPOLAZIONE

I gameti non sono cellule come tutte le altre, non hanno alcuna utilità per la vita del corpo che li ha prodotti. Hanno come unica funzione quella di concepire un nuovo essere umano trasmettendo il patrimonio genetico del padre e della madre. Partendo da questa considerazione, è fondamentale trattarli con rispetto e conservarli per il progetto procreativo della coppia. È questo il motivo per cui essi sono insostituibili e dovrebbero essere indisponibili. Le tecniche di PMA artificiale hanno messo in atto una vera e propria rivoluzione consentendo di prelevare gli ovociti dal corpo della donna. I gameti sono ora utilizzati per la fecondazione in vitro (inclusa quella per le altre coppie) e per le manipolazioni che ne derivano: selezione dello sperma, selezione degli embrioni, esperimenti sull'embrione, diagnosi preimpianto, gravidanza per conto di altri... Queste manipolazioni non sono etiche dal momento che dissociano la procreazione dall'unione fisica dei genitori e considerano i gameti alla stregua di un qualsiasi altro materiale da sperimentazione.

IL COLLEGAMENTO FRA LA FIVET E LA SELEZIONE DEGLI EMBRIONI

Come vengono scelti questi embrioni?

- L'équipe medica seleziona solo quelli che, al microscopio, presentano un «bell'aspetto». Quelli che non posseggono questa caratteristica vengono distrutti. **1a selezione.**
- Poi, nel caso in cui in utero si fossero sviluppati due embrioni o più, viene proposta alla madre la cosiddetta “riduzione embrionale” ovvero l'aborto di uno o due bambini per ridurre il rischio di una gravidanza multipla. **2a selezione.**

Il ricorso alla fecondazione esterna al corpo femminile, in vitro, cioè, favorisce la selezione qualitativa degli embrioni. È una forma di eugenetica. Non ci può essere FIVET senza selezione di embrioni. Alcune modalità di selezione, anzi, non sarebbero possibili se non ci fosse la FIVET. Una di queste è la diagnosi preimpianto (cfr. capitolo DPI).

È POSSIBILE PARLARE DI EMBRIONI "SOPRANNUMERARI"?

Un embrione umano congelato, che non entri più nel “progetto parentale” dei suoi genitori viene definito embrione soprannumerario.

Ma è possibile dire che un Uomo è di troppo? Conosciamo noi delle persone adulte soprannumerarie? L’embrione senza un progetto parentale si trasforma in “oggetto”, in una cosa di cui si può disporre e il cui destino è nelle nostre mani:

- lo si può conservare in congelatore.
- lo si può distruggere, il che equivale a dire che si uccide un bambino.
- lo si può utilizzare come soggetto di sperimentazione per la ricerca scientifica, vale a dire lo si trasforma in materiale da laboratorio.

"PROGETTO GENITORI" E DIGNITÀ

L’espressione “progetto genitoriale (o parentale)” è nato al momento del dibattito sull’aborto. È un concetto secondo cui un bambino viene considerato un essere umano, solo se i suoi genitori desiderano la sua nascita. A bene vedere, invece, quello che fa di lui un Uomo, non è il progetto che si ha su di lui, ma il fatto che sia un essere umano... Anche se i genitori non avessero un “progetto parentale” per il loro bambino, sia che fosse un embrione o un neonato, sarebbe sempre un Uomo.

Riflessioni etiche

Nel 2008, in Italia, c'erano circa 763 embrioni congelati. Nel 2009 erano saliti a 7337 e nel 2018 a 43946.

CONGELARE GLI EMBRIONI?

Secondo la Relazione del Ministro della Salute al Parlamento (2009) vi è stato “un aumento di dieci volte del numero di embrioni congelati: erano 763 gli embrioni crioconservati nel 2008, contro i 7337 del 2009 (su un totale di 99.258 embrioni formati). Sembra, tuttavia, che in Italia esistano circa 30.000 embrioni umani congelati. Sono degli esseri umani. Si sta forse maturando l'idea di congelare il proprio bambino in attesa di avere il tempo di occuparsene?

EMBRIONI DA DESTINARE ALLA RICERCA?

Non è legittimo utilizzare degli embrioni umani per la ricerca: essi vengono strumentalizzati e poi uccisi. Sono uomini a tutti gli effetti e non abbiamo il diritto di disporre della loro vita neppure per salvare un'altra vita. *“Comportati in modo tale da trattare l'umanità come un fine, e mai come un semplice mezzo”*. (Kant).

IO HO 5 GENITORI E VOI?

“Sono il risultato di una FIVET ottenuto dallo sperma di un uomo, il mio padre biologico, e da un ovulo di una donatrice, la mia mamma biologica. Sono poi cresciuto dentro al corpo di una donna, una mamma che mi ha portato dentro di sé. Ed ora vivo con due genitori adottivi... Chi sono i miei veri genitori?”.

Cosa dice la Chiesa

“Dio creò l’uomo a sua immagine; a immagine di Dio lo creò; maschio e femmina li creò. Dio li benedisse e disse loro: siate fecondi e moltiplicatevi; riempite la terra. Dio vide quanto aveva fatto, ed ecco, era cosa molto buona. E fu sera e fu mattina: sesto giorno.” Genesi 1, 27-28; 31.

• I figli sono un dono

"Il figlio non è qualcosa di dovuto, ma un dono. Il « dono più grande del matrimonio » è una persona umana. Il figlio non può essere considerato come oggetto di proprietà: a ciò condurrebbe il riconoscimento di un preteso « diritto al figlio ». In questo campo, soltanto il figlio ha veri diritti: quello « di essere il frutto dell’atto specifico dell’amore coniugale dei suoi genitori e anche il diritto a essere rispettato come persona dal momento del suo concepimento". *Catechismo della Chiesa Cattolica, 2378.*

• Il matrimonio è l’unico luogo degno della procreazione umana responsabile

"Per rispetto della dignità umana la Chiesa nega la possibilità di concepire un figlio con la fecondazione eterologa od omologa. Ogni bambino ha di fronte a Dio il diritto ad avere un padre e una madre, a conoscerli e a crescere nel loro amore finché questo è possibile. L’inseminazione artificiale con lo sperma di un uomo estraneo alla coppia (inseminazione eterologa) distrugge anche lo spirito del matrimonio, nel quale l’uomo e la donna hanno il diritto di diventare padre o madre per mezzo dell’altro coniuge. Ma anche l’inseminazione omologa (quando cioè lo sperma è del marito) rende il bambino frutto di un procedimento tecnico e non gli permette di nascere dall’unione d’amore di un rapporto personale. Quando inoltre un bambino diventa un prodotto, si pone subito la cinica domanda sulla qualità e sulla garanzia di questo prodotto". *Youcat, 423.*

• La tentazione di onnipotenza

"Il dono della vita, che Dio Creatore e Padre ha affidato all’uomo, impone a questi di prendere coscienza del suo inestimabile valore e di assumerne la responsabilità [...]. Diversi procedimenti consentono oggi d’intervenire non soltanto per assistere ma anche per dominare i processi della procreazione. Tali tecniche possono consentire all’uomo di « prendere in mano il proprio destino », ma lo espongono anche « alla tentazione di andare oltre i limiti di un ragionevole dominio sulla natura ». *Donum Vitae, Introduzione, n.1.*

Testimonianza

PENSO INCESSANTEMENTE AI MIEI EMBRIONI CONGELATI...

«Mamma di una bimbetta di tre mesi concepita con la FIVET, continuo a pensare agli altri otto embrioni congelati. Non avendo in progetto di avere altri figli, e non sapendomi decidere ad acconsentire alla loro distruzione, non so assolutamente quale decisione prendere ... L’equipe medica che ci ha concesso di realizzare il nostro sogno è latitante su tutte queste questioni... Vi ringrazio per il vostro aiuto».

ANNA

Citata nel blog: <http://bioethique.catholique.fr>

5/ La diagnosi genetica preimpianto



Che cos'è la diagnosi genetica preimpianto?

La diagnosi genetica preimpianto (DGP) è una tecnica di selezione degli embrioni, che viene utilizzata soprattutto nel caso di coppie fertili affette da una patologia genetica ereditaria.

Lo scopo è quello di arrivare alla nascita di un bambino non affetto da quella determinata malattia o con caratteristiche genetiche ben definite, dopo aver effettuato una fecondazione in vitro.

Infatti, dopo aver creato diversi embrioni, si seleziona quello che verrà trasferito nell'utero materno.

Gli embrioni che sono portatori della malattia o che non hanno le caratteristiche genetiche desiderate vengono distrutti.

Come si arriva alla DGP

1 - Fecondazione in vitro

Si creano con la fecondazione in vitro da 5 a 10 embrioni che si lasciano sviluppare fino allo stadio di 8 cellule (Blastocisti, 5a- 6a giornata). Si raccolgono poi, da ciascuno di essi, 1 o 2 cellule.

2 - Analisi

Queste cellule sono poi analizzate per sapere se l'embrione sia portatore della malattia che si sta cercando.

3 - Selezione

1 o 2 embrioni non affetti dalla patologia che si sta cercando vengono trasferiti in utero. Se gli altri embrioni sono sani, vengono congelati. Quelli che non sono conformi alle attese vengono distrutti o eventualmente usati per la ricerca.

“Il razzismo cromosomico è orribile tanto quanto le altre forme di razzismo”

Jérôme Lejeune

Una selezione tutta particolare: la doppia DGP o «bambino-salvatore»

Un “bambino-salvatore” o “bambino su misura” (impropriamente chiamato anche bambino “della doppia speranza”) è un bambino selezionato attraverso la DGP all'interno di una FIVET, per curare un fratellino od una sorellina più grandi colpiti da una grave malattia genetica. Perché l'operazione abbia un esito favorevole, è necessario che l'embrione risponda a 2 criteri: non deve essere portatore della malattia e deve essere compatibile per il trapianto verso il fratello o la sorella ammalata. La DGP è la tecnica che consente questa doppia scelta. È però necessario produrre un centinaio di embrioni per poter arrivare alla nascita di un solo “bambino-salvatore”. Il primo “bambino-salvatore”, Adam, è nato negli Stati Uniti nel 2000. Dall'approvazione della legge sulla bioetica del 2004, questa tecnica è considerata legale in Francia. Il 1° «bambino-salvatore» è nato in Francia il 26 gennaio 2011.

PRECISAZIONE:

in vitro, grazie alla FIVET, o in vivo nel corpo di una donna, la distruzione di un embrione malato porta alla soppressione di una vita umana. Ciò equivale ad un aborto.

Cosa dice la Legge

Ricordiamo

La doppia DGP o “bambino-salvatore” è una tecnica doppiamente eugenetica. Ma esistono altri metodi per trattare le malattie per le quali viene utilizzata.

- **Definizione di DGP**

La DGP permette di studiare il DNA degli embrioni risultanti della FIVET, prima del loro trasferimento in utero, al fine di selezionare quelli che presentano determinate caratteristiche, e impedire la trasmissione di patologie ereditarie (Tribunale di Cagliari (24/09/2007).

- **Criteri stabiliti dalla legge**

In Italia la DGP è regolata dalla Legge 40/2004. Anche se l'impianto legislativo non è stato cambiato dal legislatore, le sentenze dei tribunali e della Corte costituzionale lo hanno modificato profondamente. La DGP è stata, infatti, ammessa in molti casi.



100 embrioni per una nascita

Domande sulla diagnosi genetica preimpianto

La DGP può guarire un bambino?

Nel 1999, si è saputo che Valentino era stato il primo bambino nato in Francia indenne da una malattia genetica “grazie” alla diagnosi preimpianto. E molti hanno creduto che egli sia stato veramente guarito. Ma è vero? No, perché la DGP non cura né guarisce nessuno. Il bambino concepito con la DGP nasce indenne da una malattia che non ha mai avuto. La DGP permette di scegliere e selezionare gli embrioni così da poter trasferire un embrione sano e di sopprimere quelli malati. Valentino ha quindi potuto nascere solo perché era sano; in caso contrario sarebbe stato soppresso come gli altri embrioni.

È possibile giustificare la DGP semplicemente per il fatto che evita un aborto?

La pratica della DGP favorisce lo sviluppo di una mentalità di selezione e di eliminazione. In quest’ottica, non è corretto affermare che la DGP consente di evitare un aborto. Dopo la DGP, quando gli embrioni trasferiti in utero si sviluppano, vengono passati al setaccio della diagnosi prenatale (DP) per verificare che non siano affetti da malattie come la trisomia 21. Se fossero portatori di questa malattia, verrebbero abortiti. In altri termini, ogni DGP serve per se stessa a scoprire gli embrioni malati per poi eliminarli, il che equivale ad un aborto.

Dal punto di vista etico, è meglio fare una DGP o un aborto tardivo?

Per i bambini scoperti con la patologia, il risultato non cambia: indipendentemente dall’età gestazionale, vengono comunque uccisi. Non c’è una gerarchia di valori. Per i genitori o i fratelli, distruggere un embrione in vitro è, di primo acchito, meno doloroso del farlo in un’epoca più tardiva della gravidanza, dal momento che non sono ancora affettivamente legati all’embrione come lo potrebbero essere qualche mese dopo quando il bambino sarebbe più grande. Nonostante ciò, e sebbene non ne siano coscienti, la portata morale dell’atto è assolutamente uguale. In molti casi, poi, essi possono manifestare dei sintomi legati alla sindrome post abortiva. IGNORARE la verità non è liberante.

Riflessioni etiche

LA DGP: È UNA PRATICA EUGENETICA?

La DGP è una tecnica per diagnosticare precocemente le malattie genetiche. Favorisce l'eliminazione di alcuni soggetti (embrioni) sulla base del loro codice genetico. Si può dunque parlare di eugenetica. Per Jacques Testart⁴: *“la diagnosi preimpianto è una promessa di eugenetica discreta, consensuale, e su grande scala. [...] In un prossimo futuro, l'adozione della diagnosi preimpianto andrà diffondendosi in maniera selvaggia”*. Molti denunciano in relazione alla DGP la messa in atto di una vera e propria strategia procreativa: *“In un prossimo futuro, i genitori si affideranno alla procreazione artificiale volendo garantirsi il Quoziente genetico della loro progenie. Un domani, nella sala d'attesa di coloro che pianificheranno la famiglia (family plannings), una campagna pubblicitaria per la prevenzione delle tare ereditarie scriverà sui manifesti questo nuovo slogan: il sesso per il brivido; la provetta per il bambino!”*. (Grégory Bénichou, *Le Chiffre de la Vie*, Ed. Seuil, sept. 2002)

VERSO LA CREAZIONE DI UN "SUPER-UOMO"?

Proponendo a genitori non sterili il ricorso alla FIVET per selezionare i propri figli su criteri genetici, la DGP applica, di fatto, i principi del transumanesimo (o postumanesimo). Nata negli anni 90 negli USA, l'ideologia transumanista sostiene che la scienza e la tecnica possono migliorare le caratteristiche fisiche e mentali degli uomini oltre a rivendicare la comparsa di una nuova specie. Partendo da queste basi il “tecnoprofeta” R. Kurzweil rifiuta *“ogni forma di freno, limite e divieto che, in nome della prudenza o dell'etica, impedirebbero all'uomo di andare “più lontano”. Quelli che decideranno di rimanere umani e rifiuteranno di migliorarsi costituiranno una sottospecie”*

IL "BAMBINO-SALVATORE": UNA SCELTA PER I GENITORI?

È comprensibile la sofferenza dei genitori di fronte alla malattia dei loro figli. Ma è etico creare un bambino per salvarne un altro? Quanti embrioni devono essere prodotti ed eliminati perché uno solo sia ritenuto idoneo alla vita? Anche se riceverà tutto l'amore del mondo dai suoi genitori, il “bambino-salvatore” sarà sempre considerato un oggetto a motivo del gesto con il quale è stato fatto nascere. Lo si è scelto per ciò che sarà in grado di dare a un malato. Come potrà reagire un ragazzo quando avrà preso coscienza di essere stato concepito solo per essere la “cura” per il fratello maggiore? E come potrà reagire se non sarà “capace” di guarirlo e questo fratello morisse lo stesso? E i genitori cosa penseranno di questo figlio che non ha saputo salvare suo fratello nonostante tutti i loro sforzi? E il figlio maggiore come potrà vivere sapendo che decine di embrioni sono stati soppressi perché non potevano essergli utili come farmaco?

⁴ Jacques Testart, biologo; pioniere francese della fecondazione in vitro.

Cosa dice la Chiesa

“Domanderò conto della vita dell’uomo all’uomo, a ognuno di suo fratello”. *Genesi, 9,5.*

• La malattia e la disabilità riguardano tutti in prima persona

“Trattando l’embrione umano come semplice «materiale di laboratorio», si opera un’alterazione e una discriminazione anche per quanto riguarda il concetto stesso di dignità umana. La dignità appartiene ugualmente ad ogni singolo essere umano e non dipende dal progetto parentale, dalla condizione sociale, dalla formazione culturale, dallo stato di sviluppo fisico. [...] Oggi si assiste ad una non meno grave ed ingiusta discriminazione che porta a non riconoscere lo statuto etico e giuridico di esseri umani affetti da gravi patologie e disabilità:[...] la malattia e la disabilità appartengono alla condizione umana e riguardano tutti in prima persona”. *Dignitas Personae, 22.*

• La vita di una persona disabile ha lo stesso valore di ogni altra vita

“La prevedibile disabilità di un bambino non può essere motivo per interrompere una gravidanza. Poiché anche la vita affetta da disabilità ha lo stesso valore di ogni altra”. (Benedetto XVI, *Youcat* 211, 28 settembre 2006).

• Libertà di coscienza

“Il Vangelo della vita, offerto già nella Rivelazione dell’Antico Testamento, ed anzi scritto in qualche modo nel cuore stesso di ogni uomo e donna, risuona in ogni coscienza «dal principio», ossia dalla creazione stessa, così che, nonostante i condizionamenti negativi del peccato, può essere conosciuto nei suoi tratti essenziali anche dalla ragione umana. (29) Ma oggi, nella coscienza di molti, la percezione della sua gravità è andata progressivamente oscurandosi. L’accettazione dell’aborto nella mentalità, nel costume e nella stessa legge è segno eloquente di una pericolosissima crisi del senso morale, che diventa sempre più incapace di distinguere tra il bene e il male, persino quando è in gioco il diritto fondamentale alla vita. Di fronte a una così grave situazione, occorre più che mai il coraggio di guardare in faccia alla verità e di chiamare le cose con il loro nome, senza cedere a compromessi di comodo o alla tentazione di autoinganno (58). Eppure tutti i condizionamenti e gli sforzi per imporre il silenzio non riescono a soffocare la voce del Signore che risuona nella coscienza di ogni uomo: è sempre da questo intimo sacrario della coscienza che può ripartire un nuovo cammino di amore, di accoglienza e di servizio alla vita umana”. *Evangelium Vitae, 24.*

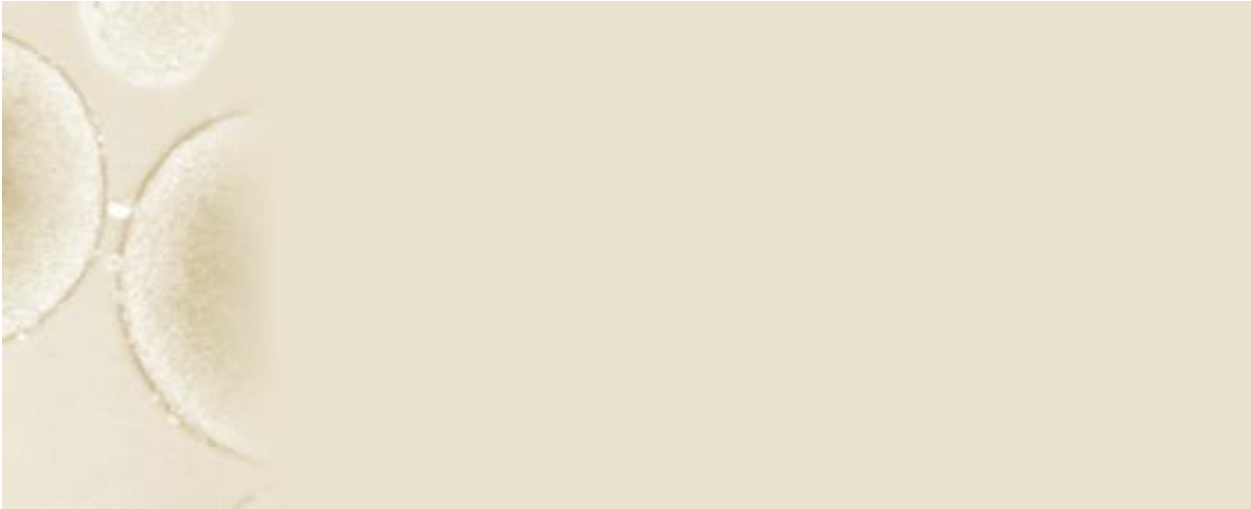
Testimonianza

IL «PAPÀ» DEL 1° BAMBINO FRANCESE NATO IN PROVETTA:

«La diagnosi genetica preimpianto è il modo grazie al quale l’eugenismo potrà raggiungere i suoi scopi».

Jacques Testart

6/ Ricerche sull'embrione



Ricerche sulle cellule staminali:

quali sono i problemi?

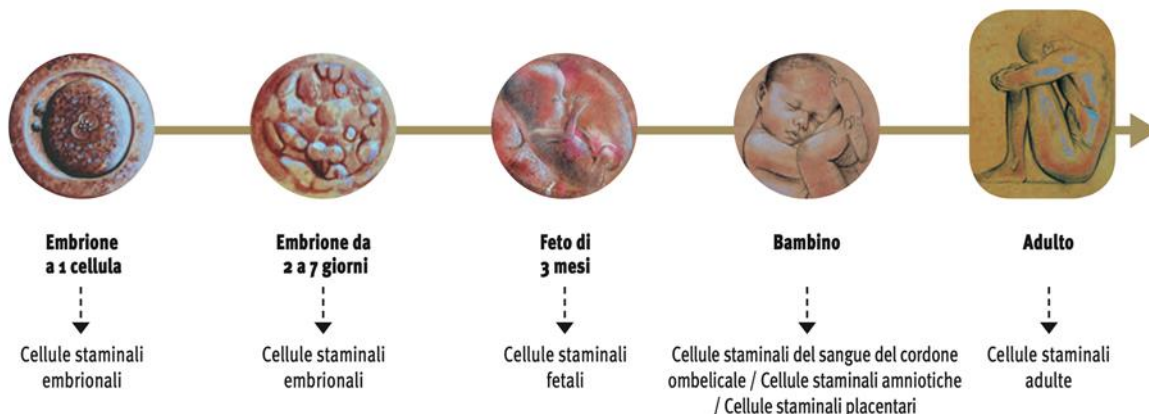
Si chiamano cellule staminali, quelle particolari cellule immature, indifferenziate, capaci di dare origine a numerosi tipi di cellule appartenenti a diversi tessuti dell'organismo adulto. Sono, si potrebbe dire, delle "cellule madri".

Sono prelevate e coltivate per due finalità: la ricerca farmaceutica (per l'industria farmaceutica) e i trapianti di cellule («terapia cellulare» per il trattamento di determinati tipi di patologie).

Si riconoscono cellule staminali: adulte, ombelicali, placentari, fetali, iPS ed embrionali.

L'utilizzo di un ben definito gruppo fra esse, quello delle cellule staminali embrionali umane, è illecito dal momento che sono ottenute distruggendo degli embrioni umani.

I diversi tipi di cellule staminali umane in funzione dello sviluppo dell'essere umano



Caratteristiche e tipi di cellule staminali

3 tipi di cellule staminali

1 -Le cellule staminali totipotenti:

Sono capaci di generare tutti i tipi di cellule dell'organismo (fra cui la placenta).

> embrione zigote

2 - Le cellule staminali pluripotenti:

Sono capaci di generare tutti i tipi di cellule dell'organismo (eccetto la placenta), ma non un nuovo organismo.

> cellule staminali embrionali

> cellule iPS (induced Pluripotent Stem cells = cellule staminali pluripotenti indotte)

3 - Le cellule staminali multipotenti:

Sono capaci di generare un gran numero di tipi di cellule ma non tutti i tipi.

> cellule staminali adulte

> cellule staminali ombelicali

> cellule staminali amniotiche, placentari

> cellule staminali fetali

Da dove provengono le cellule multipotenti?

Le cellule staminali adulte vengono estratte dal corpo (bambino o adulto). Si trovano, per esempio, nella pelle, nei muscoli, nel sangue, nel midollo osseo, nel grasso, ecc...

Le cellule staminali ombelicali sono estratte dal sangue del cordone ombelicale.

Le cellule staminali amniotiche e placentari provengono dal liquido amniotico e dalla placenta.

Le cellule staminali fetali sono estratte dai feti abortiti.

Da dove provengono le cellule pluripotenti?

Le cellule staminali embrionali sono estratte dagli embrioni cosiddetti "soprannumerari", prodotti nel contesto della procreazione medicalmente assistita e poi abbandonati e lasciati a disposizione della ricerca. Questi embrioni vengono scongelati, rianimati per qualche giorno e portati allo stadio di blastociste (6 - 7 giorni), prima di prelevarne le cellule ed essere così distrutti.

Le cellule iPS sono delle cellule provenienti da un corpo adulto (dalla pelle, p.es.) che vengono deprogrammate fino a diventare indifferenziate. Vengono poi riprogrammate per dare origine ad un tessuto diverso da quello da cui provengono. Possono così dare origine a numerosi tipi di cellule; da questo deriva il loro nome: cellule staminali pluripotenti indotte o cellule iPS. Questa

scoperta fondamentale, fatta dal Prof. Yamanaka⁵ nel 2006 consente di ricavare cellule pluripotenti senza distruggere gli embrioni umani.

I trapianti per mezzo della terapia cellulare

La terapia cellulare consiste nell'effettuare dei trapianti di cellule staminali sane sia per ricolonizzare, attraverso la moltiplicazione cellulare, i tessuti danneggiati sia per riparare i tessuti, stimolandone la crescita cellulare. In questo ambito, cellule staminali non embrionali sono già l'oggetto di numerose prove cliniche. Oltre a queste forme di sperimentazione effettuate per alcuni tipi di patologie come le lesioni o le malattie della pelle o del sangue, questo tipo di trapianti viene impiegato nella terapia clinica da molto tempo.

La ricerca farmacologica per l'industria farmaceutica

In questo ambito, le cellule staminali vengono utilizzate per lo screening delle molecole, per formulare dei modelli di patologia e testare la tossicità dei farmaci. Le cellule staminali riprogrammate (o iPS), invece, rendono obsolete le ricerche sulle cellule staminali embrionali.

⁵ Questo gli è valso il Premio Nobel per la Medicina nel 2012, assieme a Sir John B. Gurdon.

Cosa dice la Chiesa

“Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l’avete fatto a me”. Mt, 25, 40.

• **Dignità della persona dal concepimento**

“Il corpo di un essere umano, fin dai suoi primi stadi di esistenza, non è mai riducibile all’insieme delle sue cellule. Il corpo embrionale si sviluppa progressivamente secondo un «programma» ben definito e con un proprio fine che si manifesta con la nascita di ogni bambino. Giova qui richiamare il criterio etico fondamentale espresso nell’Istruzione *Donumvitae* per valutare tutte le questioni morali che si pongono in relazione agli interventi sull’embrione umano: «Il frutto della generazione umana dal primo momento della sua esistenza, e cioè a partire dal costituirsi dello zigote, esige il rispetto incondizionato che è moralmente dovuto all’essere umano nella sua totalità corporale e spirituale. L’essere umano va rispettato e trattato come una persona fin dal suo concepimento e, pertanto, da quello stesso momento gli si devono riconoscere i diritti della persona, tra i quali anzi tutto il diritto inviolabile di ogni essere umano innocente alla vita”. *Dignitas Personae*, 4.

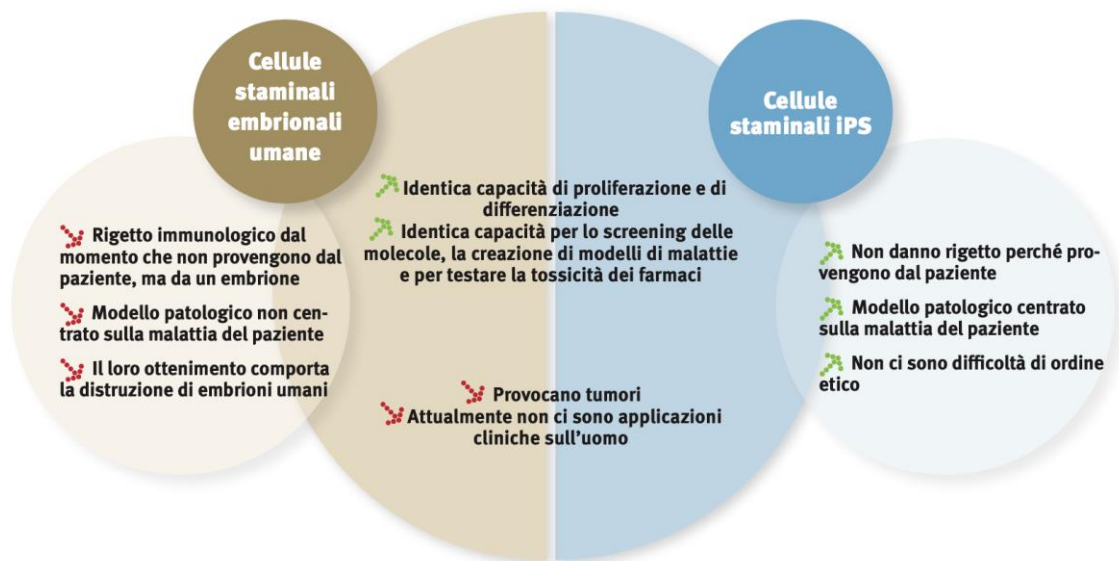
• **L’embrione non è solo materiale biologico**

“Considerare gli embrioni come materiale biologico, «produrli» e «usare» le loro cellule staminali per scopi di ricerca è assolutamente e immorale e ricade sotto il divieto di uccidere. Da giudicare diversamente sono le ricerche su cellule staminali adulte, poiché esse non possono svilupparsi fino a diventare esseri umani. Interventi medici sull’embrione sono giustificabili solo a scopo terapeutico, in modo che venga garantita la vita e lo sviluppo incolume del bambino, e se il rischio dell’intervento non è troppo elevato”. *YouCat* 385.

• **Libertà di coscienza**

“Il Vangelo della vita, offerto già nella Rivelazione dell’Antico Testamento, ed anzi scritto in qualche modo nel cuore stesso di ogni uomo e donna, risuona in ogni coscienza «dal principio», ossia dalla creazione stessa, così che, nonostante i condizionamenti negativi del peccato, può essere conosciuto nei suoi tratti essenziali anche dalla ragione umana. (29) Ma oggi, nella coscienza di molti, la percezione della sua gravità è andata progressivamente oscurandosi. L’accettazione dell’aborto nella mentalità, nel costume e nella stessa legge è segno eloquente di una pericolosissima crisi del senso morale, che diventa sempre più incapace di distinguere tra il bene e il male, persino quando è in gioco il diritto fondamentale alla vita. Di fronte a una così grave situazione, occorre più che mai il coraggio di guardare in faccia alla verità e di chiamare le cose con il loro nome, senza cedere a compromessi di comodo o alla tentazione di autoinganno (58). Eppure tutti i condizionamenti e gli sforzi per imporre il silenzio non riescono a soffocare la voce del Signore che risuona nella coscienza di ogni uomo: è sempre da questo intimo sacrario della coscienza che può ripartire un nuovo cammino di amore, di accoglienza e di servizio alla vita umana”. *Evangelium Vitae*, 24.

Punti forti / punti deboli



Cosa dice la Legge

Ricordiamo

In Italia non è possibile prelevare le cellule staminali embrionali né fare sperimentazione con embrioni umani. Tuttavia la giurisprudenza ha moltiplicato le deroghe al principio del rispetto della vita umana dell'embrione.

In Italia non è possibile prelevare le cellule staminali embrionali.

- Nel 2003, il Ministro della Pubblica Istruzione chiede il Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulle ricerche utilizzanti embrioni umani e cellule staminali. La maggioranza dei componenti esprime parere negativo nei confronti di qualsiasi forma di sperimentazione che comporti o abbia comportato la distruzione di embrioni umani, richiamandosi fra l'altro al dettato della Convenzione di Oviedo. In Italia, quindi, non è possibile prelevare le cellule staminali embrionali, poiché ciò comporterebbe la distruzione del feto.

- Legge 19 febbraio 2004, n. 40: regola la procreazione medicalmente assistita e l'utilizzo di embrioni umani a fini di ricerca e sperimentazione. L'art. 13 vieta qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano nonché la produzione di embrioni, utilizzabili per l'estrazione di linee cellulari embrionali.

- Nella XVI Legislatura (2008-2013) sono state esaminate alcune proposte di legge disciplinanti la donazione e l'utilizzo, a fini terapeutici e di ricerca, di cellule staminali fetali, di cellule

staminali da cordone ombelicale e di cellule staminali adulte senza giungere alla loro promulgazione.

Legge 21 ottobre 2005, n. 219: cellule staminali emopoietiche. Disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati.

- Il decreto del Ministero della Salute 18 novembre 2009, modificato dal successivo D.M. 22 aprile 2014, reca le disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale e ha istituito la Rete nazionale italiana di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale.

- Accordo Stato-Regioni del 20 aprile 2011, sulle Linee guida per l'accreditamento delle Banche di sangue da cordone ombelicale, con il quale vengono ulteriormente definiti gli aspetti organizzativi.

La legge 22 maggio 2013, n. 57: l'art. 2 è dedicato alla sperimentazione con le cellule staminali.

Decreto Ministeriale 16 Gennaio 2015: il Ministero della Salute approva un Decreto Ministeriale recante "Disposizioni in materia di medicinali per terapie avanzate preparati su base non ripetitiva", cosiddetto Decreto Stamina. Nella categoria dei medicinali per le terapie avanzate sono compresi i prodotti di terapia cellulare somatica, di ingegneria tissutale e di terapia genica.

La legislazione dell'Unione Europea:

- La Corte di Giustizia dell'Unione europea, con la Sentenza del 18/10/2011 nella causa C-34/10 Oliver Brüstle / Greenpeace eV, ha disposto che non è brevettabile un procedimento che, ricorrendo al prelievo di cellule staminali ricavate da un embrione umano nello stadio di blastocisti, comporti la distruzione dell'embrione. L'utilizzazione per finalità terapeutiche o diagnostiche che si applichi all'embrione umano e sia utile a quest'ultimo può essere oggetto di brevetto ma la sua utilizzazione a fini di ricerca scientifica non è brevettabile.

- Il Parlamento Europeo approva nel 2000 la Risoluzione sulla clonazione, che vieta quella riproduttiva e sulla «terapeutica» dice: «la clonazione terapeutica che implica la creazione di embrioni umani esclusivamente per scopi di ricerca pone un profondo dilemma etico, rappresenta un passo senza ritorno per quanto riguarda le norme della ricerca ed è in contrasto con l'impostazione in materia di ordine pubblico adottata dalla UE».

- La convenzione europea sui diritti umani e la biomedicina (Convenzione di Oviedo 1997) proibisce la clonazione umana in uno dei suoi protocolli aggiuntivi.

FOCUS

E il sangue del cordone ombelicale?

Attualmente, in Francia, soltanto il 20% dei bambini in attesa di trapianto di midollo osseo sono trapiantati. Il sangue del cordone ombelicale ricco di cellule staminali è molto utile per sostituire i trapianti di midollo osseo soprattutto nei bambini. 15 000 cordoni ombelicali sarebbero sufficienti in Francia per coprire i bisogni ematopoietici (patologie del sangue). La Francia è molto in ritardo in materia di raccolta e di conservazione del sangue del cordone ombelicale. In Italia è consentito donare il sangue del cordone ombelicale a scopo solidaristico oppure conservarlo ad uso dedicato. Il D.M. 18 novembre 2009, modificato dal successivo D.M. 22 aprile 2014, regola i casi in cui è possibile donare il sangue del cordone ombelicale a scopo «dedicato»: ovvero quando il nascituro presenta ... una patologia per la quale il trapianto di cellule staminali emopoietiche è clinicamente valido e quando nella famiglia c'è il rischio di una malattia geneticamente trasmissibile a futuri figli per i quali il trapianto viene considerato scientificamente appropriato.

E l'embrione animale?

Per studiare lo sviluppo embrionale, i ricercatori possono utilizzare degli embrioni animali e questo non pone alcun problema etico. Il Prof. Yamanaka ha fatto la grandiosa scoperta delle cellule iPS proprio grazie ai suoi lavori sugli embrioni di topo. La distruzione degli embrioni umani non è necessaria per il progresso della scienza e per migliorare la nostra conoscenza.

E la clonazione?

La clonazione consiste in una manipolazione finalizzata alla riproduzione, in maniera asessuata, di un essere umano geneticamente uguale all'originale. Si sostituisce il nucleo di un ovocita con il nucleo di una cellula non sessuale dell'organismo che si vuole clonare. Teoricamente, vengono distinte una clonazione a fini riproduttivi, finalizzata a riprodurre un essere destinato a nascere, da una clonazione definita "terapeutica" (clonazione utile alla ricerca) che porta a bloccare lo sviluppo dell'embrione all'età di una settimana per poterne utilizzare le cellule staminali. In Italia, la clonazione umana è vietata. La Risoluzione del Parlamento Europeo la vieta anche in tutta l'Unione.



È possibile che io venga prodotto in migliaia di esemplari solo per consentire la ricerca?

Riflessioni etiche

LA RICERCA SULL'EMBRIONE È ETICA?

La ricerca sull'embrione umano è contraria all'etica dal momento che distrugge un essere umano. Inoltre, è una pratica estremamente criticabile sia perché esistono dei validi metodi alternativi, come la ricerca sugli animali e le cellule iPS, sia perché viene finanziata una ricerca non terapeutica a tutto svantaggio di una ricerca potenzialmente terapeutica. La ricerca sull'embrione umano esige che un essere umano possa essere "declassato" per essere utilizzato come materia prima per un altro essere umano o anche solo per la ricerca.

OBIEZIONE DI COSCIENZA

Proprio a motivo delle conseguenze sulla vita umana prodotte dalla ricerca sugli embrioni, "nessun ricercatore, nessun ingegnere, tecnico o ausiliario di ricerca, nessun medico o paramedico è tenuto a partecipare a qualsiasi titolo alle ricerche sugli embrioni umani o sulle cellule embrionali". (Consiglio d'Europa, Risoluzione 1763/2010 - Il diritto all'obiezione di coscienza nel quadro delle cure medico legali).

NUOVI SCHIAVI

Mettendo a disposizione degli embrioni umani per la ricerca, si utilizzano degli esseri umani per soddisfare i bisogni di altri esseri umani.

FACCIAMO IL PUNTO:

Quale che sia la modalità di concepimento, per fecondazione o per clonazione, l'embrione che si viene sviluppando è un essere vivente. Sì, è un embrione umano, un essere umano.

CELLULE ADULTE O CELLULE EMBRIONALI?

Per quale motivo ostinarsi a fare delle ricerche sull'embrione, che non hanno dato prove di efficacia e che non sono etiche dal momento che distruggono un embrione? Per quale motivo non ostinarsi, invece, sulle cellule staminali non embrionali che sono molto più promettenti, che sono già state utilizzate in medicina e che non offrono alcun problema etico? Abbiamo il diritto di rallentare la scoperta di trattamenti efficaci, finanziando una ricerca meno promettente?

QUALE PROBLEMA ETICO PONE LA CLONAZIONE UMANA?

Tutti i paesi si sono accordati nel riconoscere che la clonazione riproduttiva è un crimine. Alcuni paesi, però, accettano la cosiddetta clonazione terapeutica, presentandola come utile alla

ricerca. In questi casi, pertanto, viene creato un embrione per clonazione, che viene in seguito distrutto ed utilizzato come materiale per la ricerca e «pezzo di ricambio» per altri esseri umani.

L'EUROPA RICONOSCE LA DIGNITÀ DELL'EMBRIONE UMANO

Il 18 ottobre 2011, la Corte di Giustizia dell'Unione Europea (CGUE) ha definito embrione umano "ogni ovocita umano, a partire dal momento della sua fecondazione, in considerazione del fatto che con la fecondazione si innesca un processo che porta allo sviluppo di un essere umano". La CGUE ha riconosciuto che, in nome della dignità umana, è vietato brevettare invenzioni che implicino la distruzione di un embrione umano. Con questa sentenza la CGUE ha riconosciuto che l'embrione umano è degno di rispetto. E ne ha vietato ogni sfruttamento industriale o commerciale (Sentenza Brüstle contro Greenpeace).

Testimonianza

IL "PADRE" DELLA PECORA DOLLY, IL PRIMO MAMMIFERO AD ESSERE STATO CLONATO.

Dopo la scoperta delle cellule iPS nel 2006, ha dichiarato di abbandonare la clonazione: " Prima della scoperta delle cellule iPS, cercavamo di ricavare le cellule staminali embrionali attraverso la clonazione. A questo stadio, nessuno ci è riuscito. Ma ora, la differenziazione delle cellule somatiche (cellule iPS) ha dimostrato che lo stesso obiettivo poteva essere raggiunto utilizzando direttamente le cellule somatiche dei pazienti. C'è un vantaggio terapeutico maggiore con le cellule iPS: sono geneticamente identiche al paziente, permettono di costruire un modello di malattia e di ricercare più velocemente dei farmaci per curare a monte i sintomi della malattia. La tecnica della clonazione non è più, dunque, una tecnica attuale. Se la scienza oggi offre delle vie più veloci, interessanti ed efficaci, sono d'accordo nel seguirle "

Ian Wilmut
genethique.org, maggio 2009

"Bravo! Un premio Nobel per la scoperta delle cellule staminali adulte pluripotenti!!! Se insistono nel volersi prendere le mie cellule, probabilmente ce l'hanno con me!"



7/ Eutanasia



Eutanasia: quali sono i problemi?

Ogni fase della nostra vita ha un valore insostituibile. La fine della vita è, forse, la tappa più importante in assoluto. Questo capitolo riguarda la fine della vita e il problema dell'eutanasia. Prestare attenzione ad una persona alla fine della vita è l'occasione migliore per dimostrarle che ha un valore ai nostri occhi, che è degna di stima e di attenzione.

Qualora ne avesse bisogno, sarebbe in tal senso importante riuscire ad alleviare il suo dolore e la disperazione con l'aiuto delle cure palliative.

Cure palliative / Eutanasia

Le cure palliative

Un ammalato deve essere sempre curato. È però vero che le terapie di cui ha bisogno possono cambiare: può arrivare il momento, in altri termini, in cui dalla terapia è necessario passare alle cure palliative che non sono più finalizzate a guarire la persona ma ad assisterla. Oltre alle cure più elementari, esse implicano l'adozione di trattamenti finalizzati a placare la sofferenza e a ridurre l'angoscia. L'équipe medica mette così in atto ogni mezzo per aiutare la persona malata a conservare la sua capacità di relazione e la sua autonomia. Assicura un accompagnamento psicologico e offre presenza ed ascolto per capire bene quali siano le attese del paziente e della sua famiglia.

Le cure

La lotta contro ogni forma di sofferenza è essenziale. Le cure a casa o all'ospedale sono:

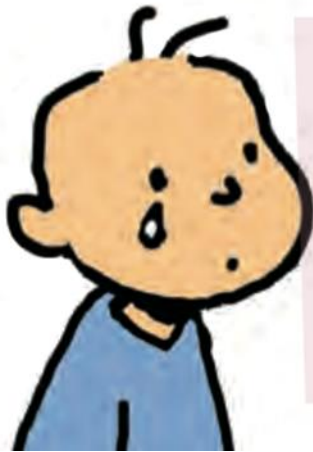
- le terapie mediche: la lotta contro il dolore è una priorità e tutti i mezzi a disposizione vengono applicati.
- le terapie psicologiche: attenzione e presenza delicate, musicoterapia, accompagnamento spirituale ...,
- le terapie corporee: massaggi ...,
- il lasciare uno spazio privilegiato a familiari e amici.

Sollievo dal dolore

Il sollievo dal dolore può richiedere l'impiego di analgesici estremamente potenti come la morfina e i neurolettici, che hanno, talora, come effetto secondario di accelerare involontariamente la morte del paziente. In questo caso, lo scopo non è quello di portare la morte ma di recare sollievo al dolore del paziente (in modo del tutto diverso dall'eutanasia che sopprime il paziente invece di sopprimere il dolore).

L'eutanasia

L'eutanasia consiste sempre in un'azione o in un'omissione deliberata con lo scopo di abbreviare la vita per abbreviare le sofferenze: iniettando un prodotto letale o non fornendo più il sostegno vitale (alimentazione, idratazione ...). Invece di causare la morte con il pretesto di ridurre le sofferenze, come sostengono i promotori dell'eutanasia, bisogna fare di tutto per sollevare il paziente dal dolore, fino al momento della morte naturale.



Morire è un verbo che fa paura. E se questo fosse l'ultimo momento della nostra vita per amare?

Cosa dice la Legge

DA TENERE A MENTE:

In Italia la legge vieta l'eutanasia. Tuttavia a volte si fa, ma non se ne parla

• **La Costituzione italiana**

- Garantisce la cosiddetta libertà di cura e terapia attraverso gli articoli 13 e 32.
- In particolare l'art.32, 2° comma, recita:“nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”. In base a tale principio nessuna persona capace di intendere e di volere può essere costretta ad un trattamento sanitario anche se indispensabile alla sopravvivenza. Da un punto di vista etico la rinuncia ad un intervento necessario alla sopravvivenza è tuttavia problematica, in quanto può configurarsi come un suicidio.

• **Il Codice penale**

- Il suicidio e il tentato suicidio non sono reati punibili.
- L'eutanasia attiva è assimilabile, in generale, all'omicidio volontario (art. 575 codice penale). In caso di consenso del malato si configura la fattispecie prevista dall'art. 579 c.p. (Omicidio del consenziente), punito per legge.
- Anche il suicidio assistito è un reato, ex art.580c.p.(Istigazione o aiuto al suicidio), punito per legge. Ciononostante, la sentenza Cass. Civile Sez. I n. 21748/07, ha stabilito che il giudice, su richiesta del tutore legale e sentito un curatore speciale, può autorizzare la disattivazione dei presidi sanitari che tengano artificialmente in vita un paziente ormai in stato vegetativo (nel caso di specie, con sondino naso-gastrico), «di cui sia accertata l'irreversibilità secondo standard internazionali, e che [...] se cosciente, non avrebbe prestato il suo consenso alla continuazione del trattamento; purtuttavia il «non consenso deve manifestarsi nella sua più ampia, espressa e consapevole forma» (Cass. civile, sez. III n. 23676/ 2008).

• **Il Parlamento**

- Il 31 gennaio 2018 è entrata in vigore la Legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”. All'art. 1 la Legge “tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata.” Si tratta di un testo in 8 articoli che di fatto introduce nel nostro ordinamento la disciplina del cosiddetto “testamento biologico”, vale a dire di quelle disposizioni di volontà che chiunque, nel pieno possesso delle sue facoltà, è legittimato a produrre circa i trattamenti sanitari ai quali desidera o non desidera essere sottoposto nel caso in cui, a causa di una malattia invalidante o di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso rispetto ad essi.

• Documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica

- Le Dichiarazioni anticipate di trattamento DAT (talora anche chiamate Direttive anticipate) del 18 dicembre 2003. Tratta la natura delle cosiddette “dichiarazioni anticipate”: vi si affrontano aspetti tecnico-legali quali la validità delle stesse, la vincolatività, l’efficacia delle direttive anche a distanza di anni, l’opportunità per il dichiarante di nominare anche un fiduciario che garantisca per l’attuazione delle dichiarazioni anticipate.
- L’alimentazione e l’idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente del 30 settembre 2005.

Domande sull'eutanasia

Eutanasia / accanimento terapeutico

La distinzione fra eutanasia e interruzione di un trattamento sproporzionato (accanimento terapeutico) è fondamentale. L’accanimento terapeutico consiste nel proseguire un trattamento divenuto inutile se riferito alla situazione del paziente. Il proseguimento delle altre cure, tuttavia, è sempre indispensabile. Il medico deve evitare ogni forma di accanimento irragionevole come, per esempio, un trattamento che si sia già mostrato inefficace e che abbia come unico scopo quello di prolungare in maniera artificiale la vita del paziente. Per contro, egli non deve abbandonare quelle cure che recano sollievo e assicurano al paziente il soddisfacimento dei suoi bisogni elementari: alimentazione, idratazione, igiene, sollievo delle sofferenze, relazioni, ecc.

La nutrizione e l'idratazione artificiali?

Se, da un lato, si mantiene la coscienza del divieto all’eutanasia, è tuttavia necessario precisare che togliere l’alimentazione e l’idratazione per considerarle dei trattamenti che possono essere interrotti, si configura come vera eutanasia, sapendo che la loro soppressione condanna il malato a morire di fame e di sete. Va precisato che il sostegno vitale e le cure normali devono essere sempre mantenuti e mai considerati sproporzionati alla situazione del paziente. Per sostegno vitale (anche artificiale) e cure normali si intendono: la terapia del dolore, la nutrizione e idratazione, la cura delle ulcere da decubito, le terapie sintomatiche.

Ha senso parlare di eutanasia attiva e di eutanasia passiva?

La distinzione fra eutanasia attiva ed eutanasia passiva non ha motivo di esserci e falsifica, di fatto, il dibattito. Ci troviamo sempre di fronte ad un’eutanasia agita o eseguita con un comportamento omissivo se c’è la volontà di mettere fine alla vita di un paziente (sia che gli si inietti un prodotto letale sia che ci si astenga dal somministrargli un trattamento utile.)

Riflessioni etiche

E LA SOFFERENZA MORALE?

La sofferenza morale accompagna spesso il dolore fisico e può portare il paziente a chiedere l'eutanasia o a pensare al suicidio.

Questa sofferenza può essere attenuata con l'ascolto ed un trattamento medico appropriato.

"È estremamente raro, in effetti, che dei pazienti che ricevano cure e attenzioni arrivino a chiedere di morire" (Luciano Israël, professore di oncologia).

MORIRE CON DIGNITÀ

È in nome del concetto fondamentale di "dignità" che taluni difendono le cure palliative mentre altri l'eutanasia. La dignità è lo statuto incondizionato dell'essere umano: ognuno ha una dignità dal momento che è unico e nulla e nessuno lo possono sostituire.

Ogni essere umano è degno, indipendentemente da quella che è la sua condizione, giovane o vecchio, malato o in buona salute, con disabilità o normodotato, cosciente o incosciente...

Proprio perché è l'essenza stessa dell'essere umano, la dignità non può essere messa in discussione. Morire dignitosamente, quindi, significa essere rispettato e non "eutanaszato".

L'IMPATTO DELLA NEGAZIONE DELLA MORTE

Secondo un sondaggio condotto da BVA/Psychologie magazine, l'82 % delle persone ha risposto che preferirebbe morire senza rendersene conto. Non dover affrontare la morte, lasciandosi sorprendere da essa, è un'idea che si sta diffondendo sempre più fra i nostri contemporanei.

Questa visione tradisce la profonda angoscia che si prova di fronte alla morte venendo essa considerata più come un'ingiustizia che come un processo naturale.

L'accettazione personale e sociale della morte consentirebbe molto spesso al paziente di morire a casa sua, circondato dall'affetto dei suoi familiari e dall'amore della sua famiglia.

Riflessioni etiche

A COSA SERVE VIVERE ATTACCATO AD UNA MACCHINA?

1 - Serve a permettere al malato di sopravvivere ad un avvenimento drammatico per la sua salute sostenendo temporaneamente le sue funzioni vitali.

2- In presenza di una persona in fase **terminale**, qualora lo scopo fosse semplicemente quello di prolungarne la vita, è legittimo chiedersi se questo tipo di assistenza non possa essere sproporzionato.

A COSA SERVE VIVERE SENZA COSCIENZA?

Cosa ne sappiamo del livello di incoscienza? Sappiamo che ci sono persone uscite dal coma che hanno raccontato di sentire e capire quello che veniva detto attorno a loro, ma che non potevano comunicare con l'esterno... Cosa ne sappiamo della vita interiore di una persona apparentemente incosciente ma le cui funzioni vitali sussistono? Cosa ne sappiamo degli ultimi momenti di vita? Chi siamo noi per giudicare che sono inutili? Abbiamo il diritto di rubarli al paziente? E se fossero i momenti più importanti di tutta una vita?

SE LE SOFFERENZE SONO INSOPPORTABILI?

Le cure palliative, se ben condotte, possono attenuare decisamente le sofferenze. Ciò implica che i medici sappiano trattare in maniera adeguata il dolore e la sofferenza.

Non è dunque l'eutanasia che bisogna favorire, ma la formazione dei medici, per saper gestire il dolore, e la formazione del personale chiamato ad assistere il malato.

In effetti, tocca al personale di cura decodificare la richiesta di eutanasia fatta da un paziente come una richiesta di aiuto (cf. le testimonianze che seguono).

Testimonianza

RIGUARDO ALLE DOMANDE ESPLICITE DI EUTANASIA ATTIVA, GLI OSPEDALI SOSTENGONO CHE NON SI PRESENTANO QUASI MAI

«Pazienti che dicano: “non ne posso più, vorrei che tutto questo finisse, Dottore”, costituiscono un’esperienza molto frequente. Ma non bisogna correre troppo in fretta. Questa frase non significa necessariamente che essi vogliano porre termine alla loro vita”, mette in guardia il Dr Christophe Tournigand (medico oncologo presso l’ospedale Saint-Antoine a Parigi, in Francia). Presso l’Istituto di oncologia Gustave-Roussy, a Villejuif (Val-de-Marne, Francia), un’équipe di psico-oncologi forma infermieri e medici capaci di decodificare queste domande, “che sono, estremamente di rado, delle vere domande d’eutanasia”, assicura la psico-oncologa Sarah Dauchy. “È necessario arrivare a capire se questa domanda provenga direttamente dal paziente e non piuttosto dalla famiglia o dalle persone che seguono il paziente e che non ne possono più - spiega. E se il paziente fosse solo confuso, come spesso capita al termine della sua vita? La domanda potrebbe essere collegata ad una sofferenza fisica o ad un’angoscia che non si possono calmare?»

Emeline Cazi, *Inchiesta sulle pratiche mediche di fronte alla fine della vita*, Le Monde 7 settembre 2011.

“La fine della vita è, molto spesso, un tempo forte della vita: non rubiamo questi momenti intimi, non appropriamoci della loro morte”.

Marie De Hennezel, psicologa clinica, specialista in problemi legati alla fine della vita ed autrice di numerose pubblicazioni sull’argomento, in *Valori Attuali*, 1° - 7 settembre 2011.

Testimonianza di un uomo la cui moglie è morta di cancro in un reparto di cure palliative

“La mia voce vibra di emozione se ripenso all’umanità dei medici, degli infermieri e delle infermiere che l’hanno accompagnata fino alla fine, che ne hanno alleviato efficacemente le sofferenze grazie alla morfina, lasciando che la natura facesse il suo corso senza accanimento terapeutico (...). Sì, lei è morta dignitosamente, aiutata da persone straordinarie”.

Vincent Chabaud

La Croix, corriere dei lettori, aprile 2003.

Cosa dice la Chiesa

“Non Uccidere”. Esodo, 2,13.

• La vita è un dono dell'amore di Dio

“Se la maggior parte degli uomini ritiene che la vita abbia un carattere sacro e che nessuno ne possa disporre a piacimento, i credenti vedono in essa anche un dono dell'amore di Dio, che sono chiamati a conservare e a far fruttificare. Nessuno può attentare alla vita di un uomo innocente senza opporsi all'amore di Dio per lui, senza violare un diritto fondamentale, inammissibile e inalienabile, senza commettere, perciò, un crimine. Niente e nessuno può autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato incurabile o agonizzante. Nessuno, inoltre, può richiedere questo gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente. Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo. Si tratta, infatti, di una violazione della legge divina, di una offesa alla dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità”. *Iura et bona*, I e II.

• Confusione tra bene e male

“La stessa medicina, che per sua vocazione è ordinata alla difesa e alla cura della vita umana, in alcuni suoi settori si presta sempre più largamente a realizzare questi atti contro la persona e in tal modo deforma il suo volto, contraddice sé stessa e avvilisce la dignità di quanti la esercitano. [...] Se è quanto mai grave e inquietante il fenomeno dell'eliminazione di tante vite umane nascenti o sulla via del tramonto, non meno grave e inquietante è il fatto che la stessa coscienza, quasi ottenebrata da così vasti condizionamenti, fatica sempre più a percepire la distinzione tra il bene e il male in ciò che tocca lo stesso fondamentale valore della vita umana”. *Evangelium Vitae*, 4.

• La vocazione alla carità della medicina

“Coloro che si dedicano alla cura della salute pubblica non tralascino niente per mettere al servizio degli ammalati e dei moribondi tutta la loro competenza; ma si ricordino anche di prestare loro il conforto ancor più necessario di una bontà immensa e di una carità ardente”. *Iura et Bona*, Conclusione.

• Prendersi cura

Riconoscere l'impossibilità di guarire nella prospettiva prossima della morte, non significa, tuttavia, la fine dell'agire medico e infermieristico. Esercitare la responsabilità nei confronti della persona malata, significa assicurarne la cura fino alla fine: «guarire se possibile, aver cura sempre (to cure if possible, always to care)». [...] inguaribile, infatti, non è mai sinonimo di “incurabile”. *Samaritanus bonus*, I.

• Cure palliative

Va [...] precisato che la definizione delle cure palliative ha assunto in anni recenti una connotazione che può risultare equivoca. In alcuni Paesi del mondo, le normative nazionali che disciplinano le cure palliative (Palliative Care Act) così come le leggi sul “fine vita” (End-of-Life Law), prevedono, accanto alle cure palliative, la cosiddetta Assistenza Medica alla Morte(MAiD),

che può includere la possibilità di richiedere eutanasia e suicidio assistito. Tale previsione normativa costituisce un motivo di grave confusione culturale, poiché fa credere che delle cure palliative sia parte integrante l'assistenza medica alla morte volontaria e che pertanto sia moralmente lecito richiedere l'eutanasia o il suicidio assistito. *Samaritanus bonus*, V, 4.

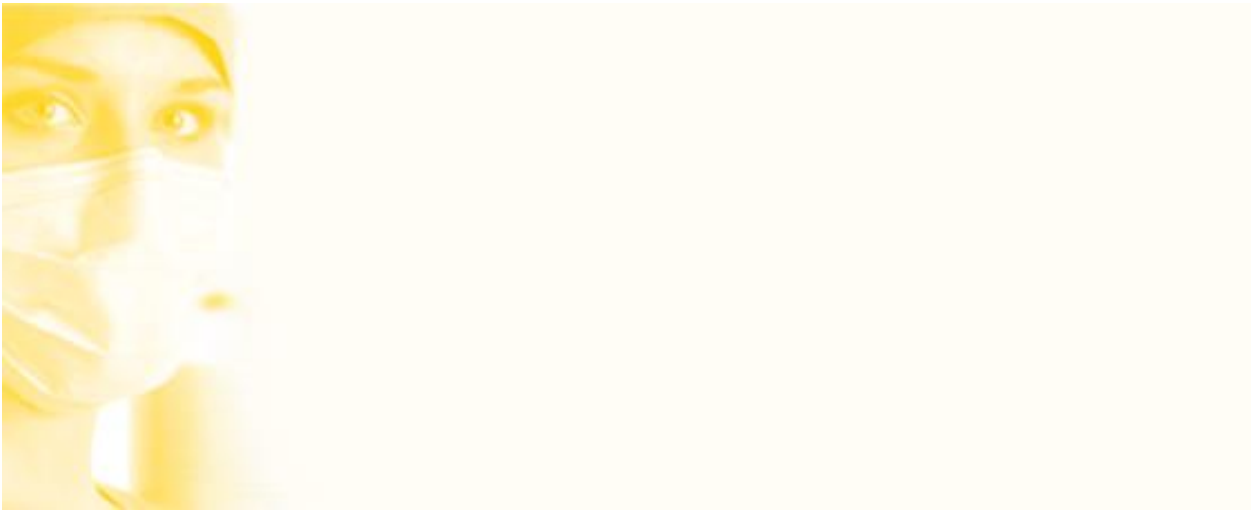
• **La presenza della famiglia**

Nella cura, [...] è essenziale che il malato non si senta un peso, ma che abbia la vicinanza e l'apprezzamento dei suoi cari. In questa missione, la famiglia ha bisogno di aiuto e di mezzi adeguati. Occorre, pertanto, che gli Stati riconoscano la primaria e fondamentale funzione sociale della famiglia e il suo ruolo insostituibile, anche in questo ambito, predisponendo risorse e strutture necessarie a sostenerla. Inoltre, l'accompagnamento umano e spirituale della famiglia è un dovere nelle strutture sanitarie di ispirazione cristiana; essa non va mai trascurata, poiché costituisce un'unica unità di cura con il malato. *Samaritanus bonus*, V, 5.

• **Comfort care perinatale**

In caso di patologie prenatali cosiddette "incompatibili con la vita" - cioè che sicuramente porteranno a morte entro breve lasso di tempo - e in assenza di terapie fetali o neonatali in grado di migliorare le condizioni di salute di questi bambini, in nessun modo essi vanno abbandonati sul piano assistenziale, ma vanno accompagnati come ogni altro paziente fino al sopraggiungere della morte naturale; il comfort care perinatale favorisce in tal senso un percorso assistenziale integrato, che al supporto dei medici e degli operatori della pastorale affianca la presenza costante della famiglia. *Samaritanus bonus*, V, 6.

8/ Donazione di organi



Perché i trapianti d'organo?

I trapianti d'organo permettono di salvare numerose vite umane. Precisiamo qui che si tratta di organi “solidi”: reni, cuore, polmone e fegato, e non di tessuti o cellule. Il trapianto consiste nella sostituzione di un organo malato con un organo sano. Che proviene da un corpo umano. Lo scopo è quello di migliorare le condizioni di vita del paziente e, spesso, di salvarlo dalla morte. È il caso, p.es., dei trapianti di rene, oggi molto frequenti, che permettono a dei pazienti in insufficienza renale grave di vivere normalmente per numerosi anni ancora.

Al momento della morte di un paziente all'ospedale, l'équipe medica chiede alla famiglia l'autorizzazione a prelevare gli organi dal congiunto ormai morto in vista di un trapianto su un altro paziente.

I trapianti d'organo sono in forte aumento e pongono numerosi problemi etici.

Sono comunque possibili anche prelievi di organi da donatori vivi e questo porta ad altre difficoltà di tipo etico.

Di cosa si parla?

Gli organi prelevati

I prelievi di rene e pelle sono i più frequenti, i trapianti di cuore e fegato sono più rari. Si fanno, in ogni caso, anche trapianti di polmone, pancreas o cornea e, in via del tutto eccezionale, anche d'intestino.

Prelievo da un donatore morto

Si prelevano gli organi dopo aver constatato con certezza la morte attraverso criteri neurologici o cardiaci e quando ancora l'organo è viabile (non è entrato in necrosi). È dunque nel corso dell'intervallo che va dalla morte dell'organismo alla necrosi degli organi che gli specialisti intervengono. Gli organi possono essere preservati dalla decomposizione mantenendo per qualche giorno, grazie alle macchine, la ventilazione e la circolazione del sangue. Questo piccolo intervallo di tempo consente al medico di dialogare con la famiglia per conoscerne le volontà.

Criteri di morte

Dal 1968 (Rapporto di Harvard) la constatazione della morte non si basa più soltanto sulla perdita definitiva dell'attività spontanea del sistema cardio-respiratorio (morte cardiaca), ma anche su quella delle funzioni encefaliche (morte cerebrale totale). Soltanto la perdita dell'unitarietà funzionale del organismo come un tutto, indicata dall'arresto totale ed irreversibile delle funzioni encefaliche nel loro insieme, autorizza a certificare che la persona è veramente morta. Anche se c'è un ampio consenso internazionale sui criteri di morte, ci sono alcuni che, avendo dei dubbi sulla validità di questi criteri, chiedono di riaprire il dibattito sul tema.

Prelievo da donatore vivente

La donazione d'organo da persona viva riguarda, prima di tutto, il rene ed il fegato e, più raramente, un lobo polmonare. I prelievi da persona viva si attuano all'interno di regole ben definite, vale a dire da un donatore ad un ricevente, che hanno liberamente acconsentito agli interventi. Il prelievo, ovviamente, si esegue soltanto se non mette in pericolo la vita del donatore. È vietato il commercio di organi di esseri umani.

Cosa dice la Legge

Ricordiamo

La legge inquadra la donazione e il prelievo degli organi come promozione della salute e nel rispetto delle persone. Determina i criteri di morte per poter procedere al prelievo degli organi ex cadavere

• **Sull'accertamento di morte:**

- Legge n. 578, del 29 dicembre 1993: Norme per l'accertamento e la certificazione di morte.
- Decreto del Ministro della salute n. 582 del 22 agosto 1994: Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte (regolamento di attuazione della citata legge n. 578).
- Decreto del Ministro della salute n. 136 del 11 aprile 2008: (Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582).

• **Sulla donazione-trapianto d'organi da cadavere:**

- Legge n. 91, del 01 aprile 1999: Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti (ex cadavere).
- Decreto del Ministro della salute n. 89 dell'8 aprile 2000: Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, attuativo delle prescrizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto.

• **Sulla donazione-trapianto d'organi da vivente:**

- Decreto del Ministero della Salute n. 116, del 16 aprile 2010: Regolamento per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi da donatore vivente.

• **Sulla donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la conservazione, lo stoccaggio:**

- Decreto legislativo n. 85, del 30 maggio 2012: Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 16, recante attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani.
- Direttiva 2004/23/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004, sulla definizione di norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani [Gazzetta ufficiale L 102 del 7.4.2004].
- Direttiva 2002/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 gennaio 2003, che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti e che modifica la direttiva 2001/83/CE [Gazzetta ufficiale L 33 dell' 8.2.2003].

Domande sulla donazione degli organi...

Il coma profondo e la morte, sono la stessa cosa?

Le persone in coma profondo persistente (talora definito stato vegetativo) non sono delle persone decedute dal momento che conservano una qualche attività vitale e cerebrale. Per qualcuna di loro, poi, il sistema respiratorio può mantenersi naturalmente in attività. In conclusione, quindi, non si deve assolutamente confondere il coma profondo con la morte.

La donazione degli organi da donatore deceduto dopo arresto cardiaco controllato

La Francia sta pensando a regolamentare la donazione di organi da donatore deceduto dopo un arresto cardiaco controllato. Questa categoria di donatori, definita M3, pone un problema etico. Riguarda, in effetti, delle persone vive che hanno un problema neurologico molto grave e per le quali la sospensione delle cure causerà un arresto cardiaco. La morte viene quindi controllata ed il prelievo degli organi pianificato. Il problema, in conclusione, sarebbe quello di cadere in una forma di strumentalizzazione della morte, meglio conosciuta come eutanasia utilitaristica. In Italia ciò non è ammesso.

L'arresto cardiaco: è un criterio di morte corretto?

Il criterio della morte cerebrale si ritiene valido per constatare la morte e consentire il prelievo degli organi. Tuttavia, davanti alla sempre crescente domanda d'organi, taluni studiosi propongono di considerare validi esclusivamente i criteri basati sul comportamento rianimatorio: in caso di incidente che causi un arresto cardio-respiratorio, qualora non ci sia la ripresa dell'attività cardiaca dopo 30 minuti di rianimazione correttamente eseguita, il soggetto viene considerato morto. Si arresta la rianimazione per 5 minuti, cosa che rende ineluttabile la morte cerebrale, per poi riprendere le manovre rianimatorie al fine di ossigenare gli organi nell'attesa del prelievo. Ma un comportamento di questo tipo è pertinente? Alcuni medici denunciano la frenesia che circonda la morte del paziente: obbligo di fare il prelievo degli organi nei 120 minuti successivi all'arresto cardiaco, necessità di interrogare la famiglia sul prelievo qualche minuto dopo il decesso e ambiguità nel comportamento del personale medico che passa in un attimo dalle manovre rianimatorie alla preparazione del cadavere per il prelievo.

Riflessioni etiche

TRAPIANTO ED ETICA

Da un lato, perché il prelievo sia etico, è assolutamente necessario che vi sia un accordo informato e libero da parte del donatore o della sua famiglia. Dall'altro, per il prelievo sul cadavere, bisogna che ci sia la certezza della morte. Nel caso invece di un prelievo su una persona viva, è prima di tutto, necessario valutare i rischi prima di effettuarlo.

RISPETTO DEL CADAVERE

Il prelievo di un organo causa inevitabilmente una perdita dell'integrità del corpo umano. Ora, il rispetto che si deve alla persona si impone allo stesso modo al suo cadavere (il Codice penale punisce ogni offesa all'integrità di un cadavere). E allora, come conciliare questo imperativo con i bisogni dei malati in attesa di organi? Perché il prelievo sia etico, bisogna che il donatore, durante la vita, decida di donare il suo corpo dopo la morte, in modo assolutamente gratuito, per salvare generosamente un'altra vita umana. Solo il dono può legittimare il prelievo.

CONSENSO

Perché il prelievo non sia una appropriazione del cadavere da parte della società, è di fondamentale importanza che si basi su un vero e proprio dono volontario. Ora la legge italiana 91/1999 adottando il criterio del consenso presunto ("silenzio assenso"), stabilisce che tutte le persone che non si siano ufficialmente rifiutate di sottostare al prelievo degli organi, l'abbiano silenziosamente accettato (silenzio-assenso, appunto) e che possano essere quindi sottoposte a prelievo dopo la morte. È importante notare che in Italia il principio del silenzio-assenso, sebbene previsto dalla Legge 91/1999, non ha mai trovato completa attuazione. I medici, dal canto loro, dovrebbero fare ogni sforzo per raccogliere dai familiari l'opposizione eventualmente espressa durante la vita dal defunto. In pratica, invece, i medici si limitano a chiedere il consenso alla famiglia e non vanno oltre al suo eventuale rifiuto. Si può così pensare che la volontà del defunto e della famiglia siano rispettate.

RISPETTO DEL DONATORE VIVO

Malgrado la generosità del gesto, ci sono alcune difficoltà etiche nel caso di una donazione da persona ancora viva. Il prelievo costituisce un'asportazione volontaria, che non è eseguita per il bene del paziente stesso, e questo è contrario al rispetto che si deve al suo corpo ed all'obbligo per i medici di agire sempre per il bene del paziente. Tuttavia queste regole possono annullarsi davanti ad un bene superiore (salvare la vita di un'altra persona) a condizione che si tratti di un atto volontario del donatore e che vi sia una proporzionalità fra il vantaggio per il ricevente e i rischi per il donatore. Infine, è necessario assicurarsi che ci sia stato un consenso libero, chiaro e informato da parte del donatore.

Da ricordare

Criteri etici per l'espianto/trapianto:

- Rispetto della vita del donatore e del ricevente
- Tutela dell'identità personale del ricevente e dei suoi discendenti
- Consenso informato e rispetto del cadavere
- Totale gratuità, non commercializzazione, giusta distribuzione.

Testimonianza

“Porsi delle domande sulla donazione e sul trapianto significa, evidentemente, riflettere sulla propria morte. Si può quindi capire la difficoltà di prendere in considerazione questo tipo di pensiero e quanto possa essere difficile prendere una posizione. E infine, coloro che sono veramente interessati alle problematiche della donazione e del trapianto sono, senza dubbio alcuno, i pazienti iscritti nelle liste d’attesa. Essi sono perfettamente al corrente di quale sarà la qualità della loro vita dopo il trapianto, ben sapendo che, grazie ad esso, sfuggiranno ad una morte annunciata. (...) Il rischio però è quello di trasformare quello che poteva essere un dono eccezionale, liberamente voluto, in un qualcosa di dovuto e in un diritto; si potremmo giungere ad appropriarci degli organi di un morto senza aver neppure chiesto l’autorizzazione. A questo proposito, la posizione del Consiglio di Stato è molto più prudente, chiede (...) infatti, che la famiglia del defunto non venga assolutamente circuita. (...) Non corriamo troppo velocemente verso un consenso presunto e generalizzato come sola esigenza per la realizzazione di un prelievo: scivoleremmo verso una massificazione ed una deresponsabilizzazione assolutamente certe!”

Jean-Yves Poy,

Medico rianimatore.

Cosa dice la Chiesa

“Non è la stessa logica relativista quella che giustifica l’acquisto di organi dei poveri allo scopo di venderli o di utilizzarli per la sperimentazione, o lo scarto di bambini perché non rispondono al desiderio dei loro genitori?” Laudato sì, 123.

• Amare come ama Dio

“La celebrazione del Vangelo della vita chiede di realizzarsi soprattutto nell’esistenza quotidiana, vissuta nell’amore per gli altri e nella donazione di se stessi. È in questo contesto, ricco di umanità e di amore, che nascono anche i gesti eroici. Essi sono la celebrazione più solenne del Vangelo della vita, perché lo proclamano con il dono totale di sé; sono la manifestazione luminosa del grado più elevato di amore, che è dare la vita per la persona amata (cf. Gv 15, 13); sono la partecipazione al mistero della Croce, nella quale Gesù svela quanto valore abbia per lui la vita di ogni uomo e come questa si realizzi in pienezza nel dono sincero di sé. Al di là dei fatti clamorosi, c’è l’eroismo del quotidiano, fatto di piccoli o grandi gesti di condivisione che alimentano un’autentica cultura della vita. Tra questi gesti merita particolare apprezzamento la donazione di organi compiuta in forme eticamente accettabili, per offrire una possibilità di salute e perfino di vita a malati talvolta privi di speranza”. *Evangelium Vitae*, 86.

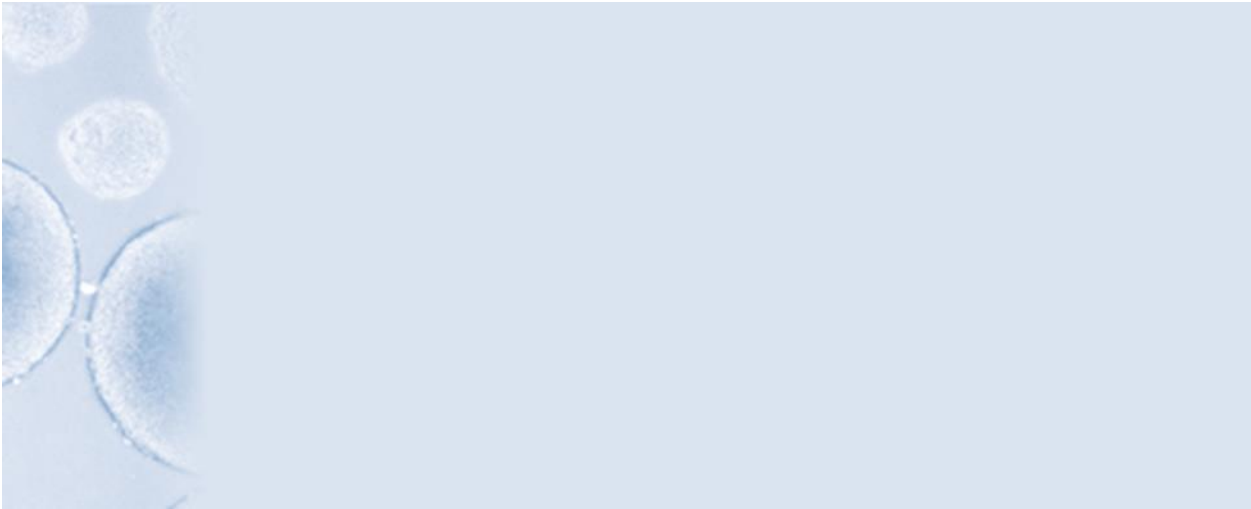
• Rispetto del donatore

“La donazione di organi può allungare la vita o migliorarne la qualità, e per questo è un vero servizio reso al prossimo, purché gli uomini non vengano costretti a farlo. Deve essere certo che il donatore, quand’era ancora in vita, abbia dato il proprio consenso e che non sia stato ucciso per l’espianto degli organi. È possibile la donazione da donatore vivo, come nel caso del midollo spinale o di un rene; la donazione a partire da un cadavere presuppone invece un esatto accertamento della morte e il consenso, ancora in vita, del donatore o di chi lo rappresenta”. *Youcat*, 391.

• Cultura del dono e della gratuità

“La donazione di organi è una forma peculiare di testimonianza della carità.[...] Esiste, infatti, una responsabilità dell’amore e della carità che impegna a fare della propria vita un dono per gli altri, se si vuole veramente realizzare se stessi.[...] L’atto d’amore che viene espresso con il dono dei propri organi vitali permane come una genuina testimonianza di carità che sa guardare al di là della morte perché vinca sempre la vita. Del valore di questo gesto dovrebbe essere ben cosciente il ricevente; egli è destinatario di un dono che va oltre il beneficio terapeutico. Ciò che riceve, infatti, prima ancora di un organo è una testimonianza di amore che deve suscitare una risposta altrettanto generosa, così da incrementare la cultura del dono e della gratuità”. (Benedetto XVI, 7 novembre 2008 ai partecipanti al Congresso sulla donazione di organi).

9/ Teoria del gender



Che cos'è la **Teoria del Gender**?

La teoria del gender (teoria di genere) afferma che l'identità sessuata della persona umana non dipende dal sesso biologico della persona - maschio o femmina - che si determina al momento del concepimento, bensì dall'autopercezione soggettiva dell'individuo, ossia da come ciascuno percepisce il proprio genere o orientamento sessuale. In tal senso, il sesso biologico non avrebbe alcuna rilevanza nella determinazione dell'identità, che invece sarebbe il risultato di una scelta del tutto personale, più o meno influenzata da fattori socio-culturali.

Secondo questa teoria, pertanto, i generi potrebbero manifestarsi in tanti modi ed essere molteplici. Non solo, ma in una stessa persona il genere potrebbe cambiare nel tempo. Alcuni sostengono, infatti, che esistano almeno sette generi (maschio, femmina, gay, lesbica, bisessuale, transessuale, neutro).

La teoria del gender in una prospettiva riduzionista sottovaluta l'importanza del sesso biologico, dando rilevanza alla sola dimensione socio-culturale del genere e riducendo l'identità sessuata (che di per sé è ben più complessa) alternativamente al genere o all'orientamento.

Implicazioni della teoria del gender

Nuovi «modelli» familiari

La famiglia fondata sulla presenza di un uomo e di una donna non avrebbe una maggiore ragion d'essere rispetto ad ogni altro tipo di famiglia. Sarebbe pertanto lecito riconoscere il "matrimonio omosessuale". Per le stesse ragioni, la possibilità di avere figli dovrebbe essere estesa a qualunque tipo di coppia. La teoria gender, infatti, conduce al riconoscimento dell'"omogenitorialità" mediante l'adozione e l'estensione della fecondazione artificiale alle coppie dello stesso sesso.

Una nuova organizzazione sociale

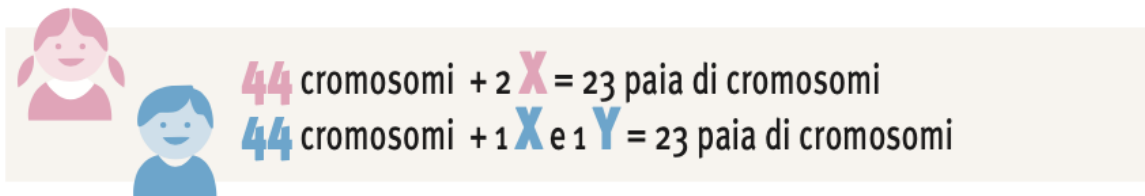
Secondo la teoria del gender, la società non dovrebbe essere più fondata sulla differenza uomo-donna, ma sulle diverse forme di espressione dell'identità di genere.

RICORDARE:

L'unione di un uomo e di una donna è la sola forma possibile di unione per generare un figlio e inscrivere la sua esistenza nell'avvicinarsi delle generazioni.

Cosa ci rende maschi o femmine?

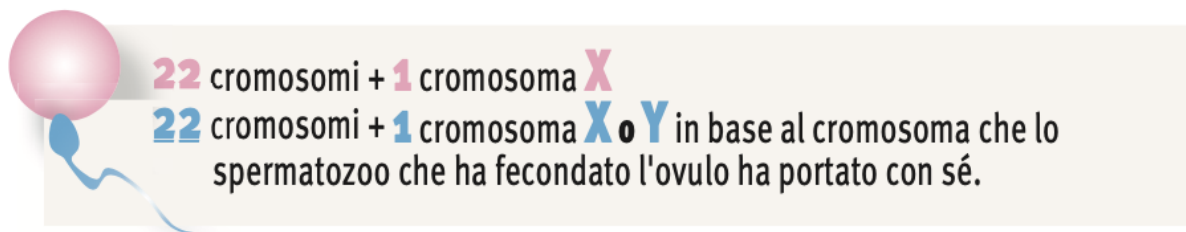
È impossibile stimare esattamente il numero di cellule presenti nel nostro corpo umano. Alcuni studiosi ritengono ci siano circa **70 trilioni di cellule**. Nel nucleo di ogni cellula ci sono **23 paia di cromosomi**, di cui una coppia XX che determina il sesso femminile e una coppia XY che determina il sesso maschile.



Senza alcun dubbio, le **cellule sessuali** (i "gameti", ossia gli spermatozoi e gli ovociti) sono diverse dalle altre cellule: ciascuna di esse contiene **un solo cromosoma sessuale**.

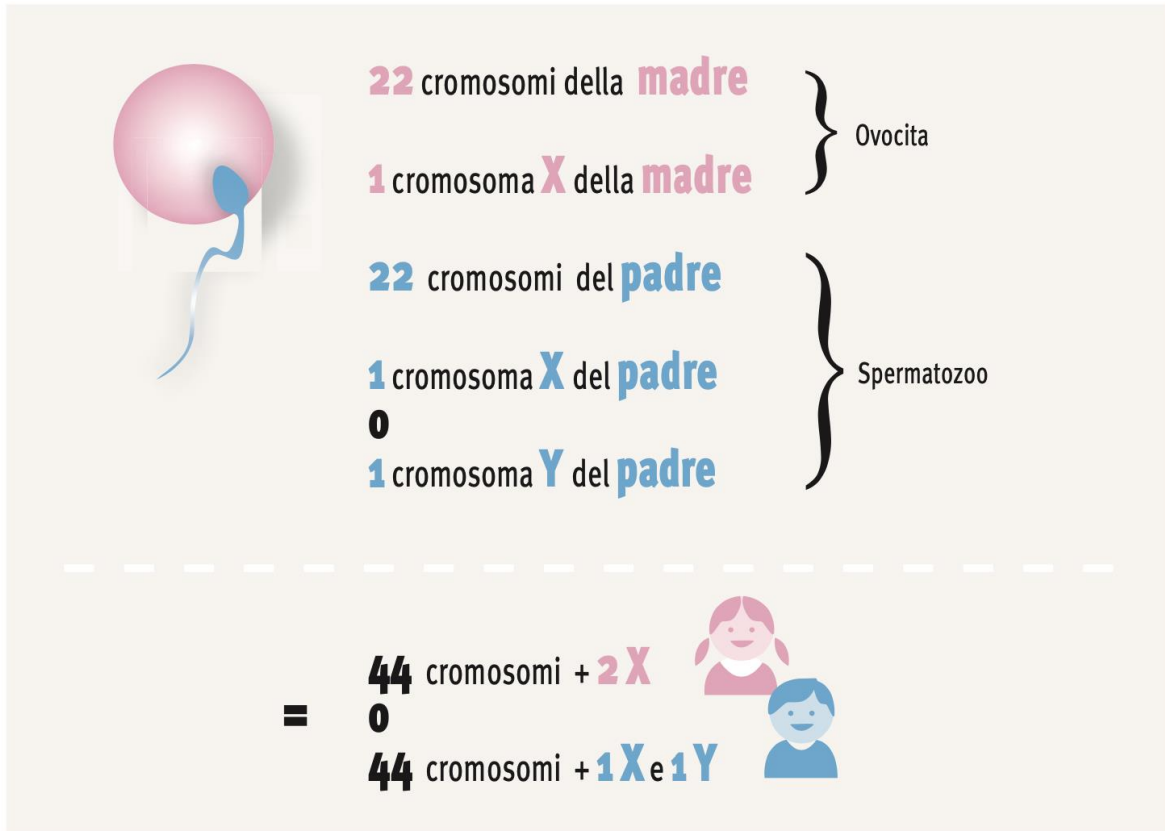
Nella donna, un **ovocita** contiene **22** cromosomi + **1** cromosoma **X**.
Nell'uomo, uno **spermatozoo** contiene **22** cromosomi + **1** cromosoma **X** o un cromosoma **Y**.

Grazie ad un processo di divisione cellulare denominato "meiosi", ciascuna coppia di cromosomi si divide in due. A quel punto, ogni cromosoma resta "in attesa" di unirsi alla sua "metà".



Nel momento della fecondazione si formano le nuove coppie. La prima cellula del nuovo essere umano contiene, a partire da questo istante, 22 coppie di cromosomi + una coppia XX o XY, ossia 23 paia di cromosomi. Il nuovo essere umano concepito possiede nel suo patrimonio genetico i cromosomi provenienti da entrambi i suoi genitori. 22 cromosomi + 1 cromosoma X 22 cromosomi + 1 cromosoma X o Y in base al cromosoma che lo spermatozoo che ha fecondato l'ovulo ha portato con sé.

- Il sesso del bambino (XX, bambina o XY bambino) si determina pertanto nel momento del concepimento a partire dalla formazione della prima cellula.
- Tutte le cellule del nuovo essere umano avranno, nel corso di tutta la sua vita, lo stesso patrimonio genetico della 1a cellula generata al momento della fecondazione.
- Il patrimonio genetico di ognuno di noi è unico. Ogni essere umano è unico, irripetibile ed insostituibile.



Attenzione

"CHE DIFFERENZA C'È TRA SESSO E GENERE?"

Il “sesso” designa **la realtà biologica** – maschio o femmina - dell’essere umano, mentre il “genere” designa la dimensione sociale del sesso, ossia il comportamento sociale dell’uomo e della donna in base al proprio sesso biologico. Nella teoria gender, il termine “genere” designa la mascolinità o la femminilità costruita a partire dall’ambiente sociale e culturale (educazione, modelli proposti, ...). **Il genere** così non dipende dal sesso biologico, ma dalla **percezione che ogni individuo** ha di se stesso e della sessualità che ha scelto di vivere.

"COS'È L'OMOGENITORIALITÀ?"

Con questo termine si indica l’esercizio della **funzione genitoriale** da parte di due adulti dello stesso sesso. Il termine “omogenitorialità” deriva da “genitorialità”, che si distingue dalla “paternità” e dalla “maternità”: la “genitorialità” designa l’esercizio della funzione genitoriale (educazione), mentre la paternità e la maternità sono intrinsecamente unite all’atto del generare di un uomo e di una donna (nascere da un padre e da una madre). La domanda di omogenitorialità pone in secondo piano il diritto del bambino a conoscere suo padre e sua madre e a crescere con essi. Il desiderio di omogenitorialità da parte di due donne può essere oggi superato dalla scienza mediante il ricorso al seme di un donatore anonimo acquistato presso una “banca del seme”. Due uomini, invece, dovranno necessariamente ricorrere alla cosiddetta “donazione di ovulo” e al “prestito d’utero” da parte di una madre surrogata. Tuttavia, anche in questi casi la domanda circa le proprie origini biologiche sorgerà inevitabilmente nel bambino, una volta cresciuto. Il bisogno di conoscere le proprie origini è un bisogno umano fondamentale. Non garantire questo bisogno equivale a creare una condizione di disuguaglianza. Ogni bambino, infatti, deriva dall’unione di un gamete maschile con un gamete femminile, ossia da un padre e da una madre segnati dalla differenza sessuale.

"DUE PERSONE DELLO STESSO SESSO POSSONO AVERE UN BAMBINO INSIEME?"

No, due persone dello stesso sesso non costituiscono una coppia formata da due soggetti sessualmente differenti, e dunque insieme non possono in alcun modo concepire un bambino. Nemmeno con la fecondazione artificiale: essa, infatti, per ottenere il concepimento di un bambino, necessita pur sempre dell’unione di un gamete sessuale maschile (spermatozoo) con un gamete sessuale femminile (ovocita).

Riflessioni etiche

Perché non è possibile decidere di trasformarsi in un uomo o in una donna?

Biologicamente, ogni essere umano nasce maschio o femmina. L'educazione e la cultura, così come l'interazione con i propri genitori (padre e madre) e con le persone del proprio ambiente familiare e sociale, poco a poco permettono al bambino di sviluppare la propria identità maschile o femminile: in tal modo, si completa la sua identità sessuale dal punto di vista psichico e culturale. È, pertanto, naturale che il comportamento sociale (il genere) sia in armonia con il sesso biologico. Laddove ciò non accada, possono insorgere delle sofferenze. La teoria gender sostiene, invece, che per effetto di un semplice atto della volontà, possiamo cambiare la nostra realtà, scegliendo la nostra identità sessuale, a partire dall'affermazione: "non sono il mio corpo". Sradicare il genere dal sesso e ridurre l'identità sessuata al solo genere implica ignorare l'evidenza biologica, ossia la realtà.

Qualunque tipo di famiglia purché il figlio sia amato?

Essere amati dai propri genitori è essenziale, ma non sufficiente. La dimensione educativa non è solo affettiva, ma simbolica, e si fonda sulla compresenza di un padre e di una madre. Ciascuno di noi sa bene che padre e madre non sono interscambiabili e che, a partire dai corpi sessuati, corrispondono a dei ruoli ben definiti. Il contributo educativo e affettivo di ciascun genitore è differente e questo contributo consente al figlio di dare forma alla propria identità e, in particolare, alla propria identità sessuata. Dobbiamo rimanere nella realtà. Nasciamo maschi o femmine. La procreazione necessita di un uomo e di una donna, che divengono padre e madre. E il figlio, per svilupparsi, ha bisogno di un padre e di una madre.

Negare l'adozione alle coppie dello stesso sesso è omofobia?

No, la questione è mal posta. Avere un figlio non è un diritto. Il bambino non è un bene di consumo, che viene al mondo per soddisfare i bisogni o gli interessi dei propri genitori. Benché il fatto di non poter avere figli possa tradursi in una vera e propria forma di sofferenza, non è lecito pretendere di avere dei figli. Affinché possa nascere un bambino devono esserci un uomo e una donna, che divengono madre e padre. Non è giusto mettere da parte questa evidenza biologica. Al limite, se proprio vogliamo usare il linguaggio dei diritti, più che di un "diritto al figlio", dovremmo parlare di un diritto del figlio ad avere un padre e una madre.

Per meditare...

** Poi Dio il SIGNORE disse: «Non è bene che l'uomo sia solo; io gli farò un aiuto che sia adatto a lui».*

** Dio il SIGNORE, con la costola che aveva tolta all'uomo, formò una donna e la condusse all'uomo.*

** L'uomo disse: «Questa, finalmente, è ossa delle mie ossa e carne della mia carne. Ella sarà chiamata donna perché è stata tratta dall'uomo». Perciò l'uomo lascerà suo padre e sua madre e si unirà a sua moglie, e saranno una stessa carne. Genesi 2, 18; 22-24.*

** “Un'altra sfida emerge da varie forme di un'ideologia, genericamente chiamata gender, che «nega la differenza e la reciprocità naturale di uomo e donna. Essa prospetta una società senza differenze di sesso, e svuota la base antropologica della famiglia. [...] L'identità umana viene consegnata ad un'opzione individualistica, anche mutevole nel tempo». È inquietante che alcune ideologie di questo tipo, che pretendono di rispondere a certe aspirazioni a volte comprensibili, cerchino di imporsi come un pensiero unico”. Amoris Laetitia, 56.*

Biografia di Jérôme Lejeune

Il professor J. Lejeune nacque a Montrouge, vicino a Parigi, nel 1926. Morì il 3 aprile 1994 a causa di un tumore. I suoi lavori scientifici sono sempre un punto di riferimento e costituiscono innegabilmente i fondamenti della genetica moderna. Jérôme Lejeune comincia a studiare genetica medica nel 1952 presso il Centre National de la Recherche Scientifique. È assieme al prof. Turpin e alla dott.ssa Marthe Gautier che scopre la trisomia 21 e il legame fra ritardo mentale e anomalia cromosomica. Il 24 giugno 1961, Jérôme Lejeune discute la sua tesi sulla sindrome di Down. La tesi è un successo e i premi cominciano ad arrivare. Nel 1964, è chiamato a dirigere la prima cattedra di Genetica fondamentale presso la Facoltà di Medicina di Parigi. Continua i suoi lavori e descrive delle nuove sindromi (malattia del cri du chat e il suo reciproco, la monosomia 21...). L'11 agosto 1968, riceve il Prix William Allen, la più alta onorificenza destinata ad un genetista. Contemporaneamente alla sua attività di ricercatore, incontra numerosi pazienti affetti da trisomia 21 assieme alle loro famiglie. Nel 1981, Jérôme Lejeune viene chiamato all'Académie des Sciences morales et politiques e due anni dopo, nel 1983 all'Académie nationale de médecine.

Nel 2021 Papa Francesco lo ha proclamato venerabile.





FONDAZIONE Jérôme Lejeune

Investigare, curare, difendere.

La Fondazione Jérôme Lejeune è un'istituzione privata senza scopo di lucro che prosegue l'opera del Venerabile Jérôme Lejeune, medico genetista che si è dedicato alla cura, alla ricerca e alla difesa delle persone con disabilità intellettuali di origine genetica. È presente in Francia, Spagna, Stati Uniti e Argentina.

La Cattedra di Bioetica "Jérôme Lejeune",

sostenuta dalla Fondazione, sviluppa ricerca e formazione in bioetica per offrire al pubblico generico o specializzato strumenti razionali solidi per la difesa della vita di ogni essere umano, dal concepimento alla morte naturale. Offre i seguenti corsi:

Master Universitario in Bioetica: master europeo sviluppato in collaborazione con l'Università Francisco de Vitoria (Spagna). Si rivolge a laureati e licenziati e consente l'accesso al dottorato europeo.

Diploma in Bioetica: destinato ad un pubblico più vasto, che voglia conoscere con un approccio rigoroso e sistematico i principali aspetti della bioetica.

Corsi specializzati di breve durata, destinati ad un pubblico vario, con l'obiettivo di rendere accessibile la conoscenza della bioetica.

Per saperne di più:

www.fundacionlejeune.es

“La bioetica non si muoverà a partire dalla malattia e dalla morte per decidere il senso della vita e definire il valore della persona. Muoverà piuttosto dalla profonda convinzione dell’irrevocabile dignità della persona umana, così come Dio la ama, dignità di ogni persona, in ogni fase e condizione della sua esistenza, nella ricerca delle forme dell’amore e della cura che devono essere rivolte alla sua vulnerabilità e alla sua fragilità”.

Discorso di Papa Francesco alla PAV, 25 giugno 2018.

“Come pensare che anche un solo momento di questo meraviglioso processo dello sgorgare della vita possa essere sottratto all’opera sapiente e amorosa del Creatore e lasciato in balia dell’arbitrio dell’uomo?”.

EVANGELIUM VITAE, N°44

“Rispetta, difendi, ama e servi la vita, ogni vita umana! Solo su questa strada troverai giustizia, sviluppo, libertà vera, pace e felicità!”

EVANGELIUM VITAE, N°5



Sommario

| | |
|---|----|
| INTRODUZIONE | 3 |
| 1/ La storia del piccolo essere umano | 4 |
| 2/ Aborto | 9 |
| 3/ La diagnosi prenatale | 20 |
| 4/ Procreazione medicalmente assistita | 29 |
| 5/ La diagnosi genetica preimpianto | 40 |
| 6/ Ricerche sull'embrione | 46 |
| 7/ Eutanasia | 55 |
| 9/ Teoria del gender | 71 |
| Biografia di Jérôme Lejeune | 78 |